



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**"Colecistectomía precoz versus tardía luego del  
episodio de pancreatitis aguda leve biliar, Hospital  
Nacional Dos de Mayo, 2006-2008"**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Cirugía General

**AUTOR**

Rosario del Pilar CHUQUISPUMA TORRES

**ASESOR**

Carlos Miguel COLLANTES LAZO

Lima, Perú

2009



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Chuquispuma R. Colecistectomía precoz versus tardía luego del episodio de pancreatitis aguda leve biliar, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2006-2008 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2009.

---

***Dedicatoria:***

*Agradezco a nuestro Señor Dios por haberme guiado durante toda mi vida y  
A mis padres y hermanos por su apoyo constante, compartiendo junto a mí cada  
momento triste y alegre hasta el logro de mis objetivos.*

*Agradezco a mis maestros por sus enseñanzas porque gracias a sus críticas y  
consejos desarrolle mis habilidades y conocimientos durante mi formación.*

# ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
 <b>CAPÍTULO I:    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1    Identificación del Problema .....	7
1.2    Justificación.....	8
1.3    Formulación del Problema .....	9
1.4    Formulación Objetivos.....	9
1.4.1    Objetivo General .....	9
1.4.2    Objetivos Específicos.....	10
1.5    Propósito .....	10
 <b>CAPÍTULO II:   MARCO TEÓRICO</b>	
2.1    Antecedentes.....	11
2.2    Fundamentos Teóricos.....	13
2.3    Definición de Términos.....	30
 <b>CAPÍTULO III:   DISEÑO METODOLOGICO</b>	
3.1    Tipo de Estudio .....	32
3.2    Área de Estudio.....	32
3.3    Población de Estudio.....	32
3.4    Técnica de Recolección de datos.....	33
3.5    Tratamiento Estadístico.....	33

3.6	Identificación de Variables.....	34
-----	----------------------------------	----

## **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

4.1	Tablas Generales.....	35
4.2	Tablas Específicas.....	44

## **CAPITULO V: DISCUSION..... 62**

## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

6.1	Conclusiones.....	69
6.2	Recomendaciones.....	70
6.3	Limitaciones.....	71

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....72**

## **ANEXOS**

Anexo A:	Ficha técnica.....	74
Anexo B:	Pruebas estadísticas.....	76

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Colecistectomía precoz Vs tardía luego de episodio de pancreatitis aguda leve biliar. Hospital Nacional Dos de Mayo. Periodo 2006-2008.” La investigación estuvo orientada a identificar las diferencias que existen entre la colecistectomía precoz y la colecistectomía tardía luego de episodio de pancreatitis aguda leve biliar en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2006-2008, para ello se realizó un estudio retrospectivo, transversal de casos. La muestra seleccionada estuvo comprendida por 46 pacientes, que presentaron pancreatitis biliar leve en el periodo que comprende el estudio. El instrumento empleado estuvo conformado por una ficha de recolección de datos. Se concluye en el estudio que: A todos los pacientes que presentaron pancreatitis leve biliar se les realizó la colecistectomía tardíamente, siendo el principal motivo la demora en la preparación prequirúrgica. Se determinó rangos de tiempo dentro de los pacientes operados tardíamente, hallándose que el mayor número de complicaciones postoperatorias, hallazgos intraoperatorios y tasa de recidiva se encuentra entre los 14 a 28 días, siendo la complicación más frecuente las náuseas, así como las adherencias dentro de los hallazgos intraoperatorios. Sin embargo no se encontró diferencia significativa entre dichas variables y el tiempo de colecistectomía. En cuanto a estancia hospitalaria varía proporcionalmente al tiempo de colecistectomía. No hubo mortalidad en la serie estudiada. La tasa de recidiva fue del 26%.

**PALABRAS CLAVE:** Pancreatitis aguda leve biliar, colecistectomía tardía, colecistectomía precoz.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria común de naturaleza no bacteriana, causada por la activación, liberación intersticial y autodigestión del páncreas por sus propias enzimas, una entidad que motiva un número significativo de consultas a los servicios de urgencias. La pancreatitis aguda se presenta con frecuencia considerable en un hospital general, frecuencia que como cuadro abdominal agudo puede ser la segunda después de la apendicitis aguda. La mayoría de los pacientes con pancreatitis aguda se recuperan rápidamente y en forma total, no importa cual sea la causa y el tratamiento. Entre el 5% y el 15% de los casos, la enfermedad toma un curso fulminante; de estos pacientes, 20%-60% mueren o desarrollan complicaciones que ponen en serio peligro la vida.

La litiasis biliar y la ingesta de alcohol son las causas en el 70 a 90% de los casos. El 90% de pacientes con diagnóstico de pancreatitis tiene una enfermedad leve autolimitada y necesita simplemente tratamiento de sostén. Teniendo en cuenta que la litiasis biliar es una de las causas principales de la pancreatitis es necesario corregirla



para evitar nuevos episodios de pancreatitis. En el pasado, la cirugía definitiva del aparato biliar se demoraba a menudo hasta 8 semanas después de un episodio de pancreatitis aguda, este enfoque ha ido perdiendo adeptos debido a la alta tasa de recidiva durante la espera de la cirugía programada. Según muchos autores la mayoría de los pacientes pueden ser sometidos a cirugía definitiva del aparato biliar con seguridad durante la hospitalización inicial tras la resolución de la pancreatitis. En nuestro medio no existe un tiempo definido para la cirugía definitiva (colecistectomía) debido a la espera de los pacientes durante la preparación preoperatorio y el temor de las posibles complicaciones en el intra y postoperatorio de estos pacientes por el proceso inflamatorio, incrementándose así la estancia y los costos hospitalarios. Por lo tanto es importante determinar a través de este estudio cuáles son las diferencias que existen entre la colecistectomía precoz y la colecistectomía tardía luego de episodio de pancreatitis aguda leve biliar en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo comprendido del 2006-2008.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN.**

La Pancreatitis Litiásica tiene una mortalidad del 10 al 25 %. En la pancreatitis aguda leve esta en 0.9%. Se sabe que la mitad de pancreatitis aguda se debe a migración de cálculos en la vía biliar y cuyo tratamiento definitivo es la colecistectomía, ya sea abierta o laparoscópica; sin embargo existe gran variación entre el tiempo comprendido entre dicho evento y la cirugía, el cual trae consigo mayor frecuencia de recidivas y presencia de complicaciones según el tiempo en que se realice la operación, teniendo en cuenta que el índice de recidiva en el primer año según algunas series es del 33-66 %, lo cual generalmente se ve más frecuentemente a las 6-8 semanas del primer

ataque, con la morbilidad y mortalidad que esto conlleva. En la pancreatitis aguda litiásica la colecistectomía ha sido tema de gran controversia en cuanto a la oportunidad quirúrgica. En nuestro medio no existe un tiempo definido para realizar colecistectomía, variando desde una a dos semanas del inicio de los síntomas de pancreatitis aguda leve y algunas veces posterior al alta del paciente, condicionando pérdida de los casos, falta de seguimiento, predisponiendo a recidivas y complicaciones futuras. Existen estudios que plantean que la colecistectomía temprana antes de las 48 horas de la admisión al hospital tiene los mismos índices de morbilidad y mortalidad que las diferidas. Con la finalidad de evitar dichos problemas se planteó en este estudio determinar las diferencias en los resultados de la colecistectomía temprana frente a la tardía, con el propósito en el futuro de establecer el tiempo adecuado para realizar la colecistectomía en los pacientes luego del episodio de pancreatitis aguda leve biliar.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

**¿Cuáles son las diferencias que existen entre la colecistectomía precoz y la colecistectomía tardía luego de episodio de pancreatitis aguda leve biliar en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2006-2008?**

### **1.4 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

#### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar las diferencias que existen entre la colecistectomía precoz y la colecistectomía tardía luego de episodio de pancreatitis aguda leve biliar en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2006-2008.

#### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar la tasa de mortalidad de la colecistectomía precoz y la colecistectomía tardía luego de episodio de pancreatitis aguda leve biliar en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2006-2008.
- Determinar la tasa de recidiva de la colecistectomía precoz y la colecistectomía tardía luego de episodio de pancreatitis aguda leve biliar en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2006-2008.
- Identificar la frecuencia de complicaciones Intraoperatorias de la colecistectomía precoz y la colecistectomía tardía luego de episodio de pancreatitis aguda leve biliar en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2006-2008.
- Identificar las complicaciones postoperatorias de la colecistectomía precoz y la colecistectomía tardía luego de episodio de pancreatitis aguda leve biliar en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2006-2008.

#### **1.5 PROPOSITO**

Este estudio nos dará los alcances para identificar los resultados que existen entre la colecistectomía precoz y la colecistectomía tardía luego de episodio de pancreatitis aguda leve biliar en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2006-2008, pues como podemos ver en la revisión de la literatura son pocos los estudios realizados en nuestro medio, es por ello que consideramos la importancia de la realización del presente trabajo de investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

Acosta <sup>17</sup> fue el primero en proponer la cirugía temprana en las 48 horas teniendo una mortalidad en su serie de 2,9 % comparándola con serie histórica de 16 %. Se le critica a esta serie la no diferenciación de gravedad de cada Pancreatitis. Stone <sup>2</sup> realizó colecistectomía en las 72 horas en el primer grupo con una mortalidad de 2,9 % y el segundo grupo fue operado a los 3 meses con una mortalidad de 6,8 %, siendo este el primer estudio randomizado. Kelly <sup>6</sup> condujo el primer estudio clínico prospectivo randomizado en 165 pacientes a los cuales se les realizó cirugía durante la internación ya sea antes de las primeras 48 horas como después de las 48 horas según criterios de severidad de Ranson. Realizando colecistectomía indistintamente del grado de severidad. En pacientes con criterios de Ranson entre 0-3 la mortalidad de los dos grupos fue similar. En los pacientes con criterios de Ranson de 3 o más la mortalidad de la cirugía biliar temprana fue del 47,8% y la de la cirugía tardía fue del 11 %. Demostrando de forma científica que en las pancreatitis leves ( $\leq$  de 3 criterios de Ranson) la cirugía tiene la misma mortalidad dentro de primeras 48 horas como

después, así como la cirugía debe posponerse hasta la resolución del cuadro en las pancreatitis severas.

W. Uhl <sup>18</sup> en Febrero del 2000 presento un trabajo donde realizó indistintamente Colecistectomía Laparoscópica como a cielo abierto en pacientes portadores de pancreatitis aguda Litiásica leve ( $\leq$  de 3 criterios de Ranson). Sin mortalidad en la serie, la media de intervención fue a los 8,6 días con un rango que oscilo entre 2 a 19 días. Delorio<sup>10</sup> encontró mayor recurrencia en pacientes en quienes se retardó la cirugía en 30 días o más, él concluye que la colecistectomía laparoscópica puede ser seguramente realizada en muchos pacientes durante la admisión inicial de la pancreatitis biliar. Esta norma debería reducir el 30-50% el riesgo de pancreatitis recurrente asociado a una operación tardía.

En un estudio hecho por Bismar<sup>11</sup> en 2003 observa que en la colecistectomía laparoscópica realizada después de 3-8 días de admisión, las complicaciones postoperatorias fueron nauseas, vómitos, atelectasias neumonía, íleo prolongado, infección de herida. Asimismo el promedio de estancia hospitalaria fue de 2,4 días, además concluye que la colecistectomía laparoscópica podría ser segura en pancreatitis leve biliar después de la resolución clínica y bioquímica durante la misma admisión y con una aceptable tasa de morbi –mortalidad, reduciendo así la tasa de recurrencia, número de admisiones y estancia hospitalaria. Según Taylor<sup>12</sup> en el 2004 no encontró diferencia significativa entre pacientes operados tras la resolución completa del dolor y la normalización de la amilasa y los pacientes operados tras la disminución del dolor y del valor de amilasa , las diferencias estuvieron en la estancia hospitalaria ; concluyendo que esta puede ser acortada con ninguna variación en la tasa de complicaciones si los

pacientes con pancreatitis leve biliar se someten a colecistectomía laparoscópica tan pronto como la amilasa en suero disminuye y el cuadro abdominal se mejora.

## **2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

La pancreatitis aguda se conoce desde tiempos muy remotos. Su forma de presentación clínica fue descrita por primera vez en el año 1856. En 1865, Carl Rokitsansky publica un trabajo sobre los hallazgos anatómicos propios de la pancreatitis necrohemorrágica y en 1883, Hans Chiari formula la teoría enzimática de la patogenia de esta enfermedad. La pancreatitis aguda se desencadena por la acción de diversas noxas etiológicas. Ellas actúan en las células acinares donde se inicia un complejo proceso de activación y liberación de enzimas pancreáticas, proceso que finalmente termina en la llamada autodigestión del páncreas. En nuestro país aún no está exactamente determinada su incidencia, especialmente por existir pacientes con pancreatitis leves no diagnosticadas como tales y porque otras entidades patológicas en un primer momento simulan ser pancreatitis aguda. El Ministerio de Salud consigna igual frecuencia en ambos sexos. Actualmente se observa mayor incidencia porque hay más acceso a mejores procedimientos de diagnóstico.

El cuadro clínico presenta variados matices y en muchas oportunidades es difícil realizar el diagnóstico en forma precoz. Se distinguen dos tipos más comunes de pancreatitis aguda, la pancreatitis aguda leve (80%) de evolución más benigna y la pancreatitis grave (20%) de evolución más complicada con mayor porcentaje de morbimortalidad. Los pacientes con pancreatitis más graves frecuentemente presentan complicaciones sépticas con tendencia a desarrollar falla orgánica múltiple. Desde 1992, posterior al Consenso Internacional de Atlanta se aceptan las siguientes

definiciones para describir las principales formas y complicaciones de la pancreatitis aguda<sup>3</sup> : Pancreatitis aguda. Es la inflamación aguda del páncreas que también puede comprometer estructuras del área peripancreática y en algunas oportunidades se complica con trastornos de órganos y sistemas distantes. Pancreatitis aguda leve. Se caracteriza por presentar edema intersticial del parénquima pancreático como principal hallazgo anatomopatológico. Evoluciona en forma leve o moderada y la recuperación a la normalidad no presenta grandes contratiempos. Pancreatitis aguda grave. Es de evolución grave y de rápida instalación. Hay necrosis pancreática y se complica con formación de pseudoquistes y abscesos pancreáticos. Se desarrollan fallas orgánicas, demostradas por los criterios de gravedad de Ranson (3 o más puntos) y por la evaluación Apache II (8 o más puntos). Colecciones pancreáticas. Son colecciones líquidas intrapancreáticas o peripancreáticas, estériles o infectadas y no están rodeadas por una pared de tejido granulatorio. Se observan en el 30 a 50% de los pacientes con pancreatitis grave. La mitad ellas se resuelven en forma espontánea. Necrosis pancreática. Es un área de tejido pancreático o grasa peripancreática desvitalizada. Son de diferente tamaño y ubicación. Puede ser estéril o infectada por diferentes tipos de bacterias. Absceso pancreático. Es la presencia de una colección de pus en el páncreas o en la región peripancreática. En escasas oportunidades tiene pequeñas áreas de necrosis. Generalmente se forman en la cuarta semana de evolución de la pancreatitis grave. Comparado con la necrosis infectada es de mejor pronóstico. Pseudoquiste pancreático agudo. Es una colección de jugo pancreático rodeada por una pared de tejido granulatorio. Se constituye a partir de la cuarta semana de evolución de una pancreatitis grave. También se observa en pacientes con pancreatitis crónica reagudizada o en el trauma pancreático. Si el contenido del pseudoquiste se infecta se transforma en un

absceso pancreático. Pancreatitis crónica. Es la inflamación crónica del páncreas. Con el tiempo se producen cambios irreversibles de la morfología glandular. Estas alteraciones llevan a la insuficiencia pancreática exocrina y endocrina.

## **ETIOPATOGENIA**

Las diversas etapas de la patogenia de la pancreatitis aguda se caracterizan por ser similares en todos los casos, independiente de las múltiples etiologías de la enfermedad. Varios de los trastornos iniciales observados en las células acinares así como las alteraciones enzimáticas desencadenantes de la pancreatitis aguda grave, han sido demostrados en modelos experimentales y además tienen una base de sustentación clínica bastante lógica. No obstante, una parte importante de la patogenia aún no está claramente dilucidada. En 1883, Hans Chiari formula la primera teoría para explicar como se produce la pancreatitis. En resumen esa teoría expresaba lo siguiente: Por acción de uno de los factores etiológicos más comunes como la litiasis biliar o el alcohol, se produce activación intrapancreática de las enzimas proteolíticas y como consecuencia se desencadena una serie de alteraciones fisiopatológicas responsables de la autodigestión del páncreas. En condiciones de normalidad, durante la digestión las células acinares secretan enzimas proteolíticas inactivas hacia el sistema canalicular excretor y lumen duodenal. Al mismo tiempo, en el parénquima e intersticio glandular se libera una cantidad importante de inhibidores proteolíticos para impedir la activación intrapancreática de las enzimas proteolíticas. En las pancreatitis graves, en un primer momento se produce daño celular por activación intraacinar de las enzimas proteolíticas. Esto desencadena una serie de trastornos con producción de elementos vasoactivos e inflamatorios, los cuales provocan trastornos locales y sistémicos. Esta



primera etapa de la pancreatitis muestra edema e isquemia glandular, alteración de permeabilidad vascular e hipotensión. Después de algunas horas, en una segunda etapa, la reacción inflamatoria se hace más intensa en el páncreas y tejidos peripancreáticos. Entonces se incrementa la apoptosis de los acinos, la necrosis glandular y la infección. Todos estos eventos de la pancreatitis de evolución grave, pueden finalmente llevar al paciente a falla orgánica múltiple. Actualmente se conoce con certeza lo siguiente acerca de la patogenia de la pancreatitis aguda: Alteraciones en la célula acinar. En condiciones de normalidad el proceso de síntesis y excreción de enzimas proteolíticas sigue la siguiente secuencia: síntesis de tripsinógeno y otras enzimas digestivas en el retículo endoplasmático rugoso, pasada por el cuerpo de Golgi, llegada a las llamadas vacuolas condensantes, transformación de las vacuolas en gránulos de zimógeno que contienen enzimas proteolíticas inactivas, mediante acercamiento y fusión con la membrana celular los gránulos de zimógeno excretan hacia el lumen acinar el tripsinógeno y otras enzimas inactivas, activación de las enzimas proteolíticas en el lumen acinar. En la pancreatitis aguda estas etapas están alteradas: las vacuolas condensantes no llegan a formar gránulos de zimógeno y en ellas se activan las enzimas proteolíticas. El tripsinógeno activado o tripsina sale de las vacuolas hacia el citoplasma celular. Ese es el momento del comienzo del daño de los acinos pancreáticos<sup>4</sup>. Cascadas enzimáticas. La presencia de tripsina en la célula acinar y en el intersticio pancreático desencadena las llamadas cascadas enzimáticas.

Se conocen varias de ellas:

1) Cascada de activación de otras enzimas proteolíticas como trombina, fosfolipasa A2, plasmina, elastasa, quimiotripsina.

2) Cascada de activación de varias proteínas del sistema del complemento que provocan citólisis.

3) Cascada de activación del sistema del bradiquinínogeno hasta llegar a bradiquinina.

4) Cascada de liberación de factores de coagulación. La tripsina al activar la protrombina y fibrinógeno provoca trombosis y fibrinólisis. También se ha demostrado interacción entre factores de las diferentes cascadas enzimáticas. La incontrolada liberación de las enzimas proteolíticas mencionadas además de otras (quimiotripsina, catepsina B, carbopeptidasas A y B, ribonucleasa) producen inflamación, apoptosis, hidrólisis, saponificación grasa y necrosis en el páncreas y en los tejidos peripancreáticos adyacentes. Inhibidores proteolíticos. La alfa 2 macroglobulina, producida en el hígado, fibroblastos y macrófagos, es un potente inhibidor de las enzimas proteolíticas (tripsina, trombina, elastasa, kaliceína). Normalmente éste y otros inhibidores proteolíticos se detectan en el plasma y jugo pancreático. En las pancreatitis graves por causa desconocida disminuye la alfa2 macroglobulina y al no ser neutralizada la tripsina intraacinar se produce importante daño del citoesqueleto. La investigación ha permitido encontrar inhibidores proteolíticos, como son el mersilato de gabexato y la somatostatina. Ellos se emplean con relativo éxito en disminuir la frecuencia de hiperamilasemia o pancreatitis secundarias a CPRE<sup>5</sup>. Citocinas. La Interleucina-1, el factor activador de plaquetas y el factor de necrosis tumoral son proteínas de bajo peso molecular. En la pancreatitis aguda inducen a la producción de otros factores dañinos como óxido nítrico, radicales libres y otras interleucinas. Todos estos agentes son responsables de diversas alteraciones observadas en las pancreatitis graves como fiebre, falla circulatoria, distress respiratorio del adulto, falla hepática, trastornos de

coagulación, insuficiencia renal. Se investiga en la búsqueda de agentes efectivos para contrarrestar la actividad de las citocinas en los eventos intracelulares o para aminorar la respuesta inflamatoria sistémica<sup>6</sup>. Actualmente se aceptan varias teorías de cómo las diversas etiologías llevan al desarrollo de pancreatitis aguda.

**Litiasis biliar:** la causa principal de pancreatitis aguda es la litiasis biliar debido a su elevada incidencia. Aproximadamente el 50% de las mujeres y el 20% de la población mayor de 50 años presentan alguna forma de litiasis biliar.

Hay dos teorías para explicar como la litiasis biliar desencadena la pancreatitis aguda:

**Teoría del reflujo.** La impactación un cálculo en el colédoco distal, provocaría pancreatitis por reflujo de bilis hacia el Wirsung. Además, el paso repetido de cálculos hacia el duodeno determinaría trauma e incompetencia del esfínter de Oddi, con reflujo de contenido duodenal hacia el conducto pancreático. Hay hechos que apoyan esta teoría como el hallazgo de cálculos impactados en autopsias de pacientes fallecidos de pancreatitis aguda y la detección de cálculos en las heces del 90% de los pacientes con pancreatitis. Otros hechos están en contra la teoría del reflujo: los cálculos impactados encontrados en las necropsias, sólo se encuentran en un 10%. Además, en muchos pacientes con pancreatitis aguda no hay ni incompetencia del esfínter de Oddi ni reflujo duodenal.

**Teoría de la obstrucción.** Por variadas causas como impactación de cálculo, edema de la ampolla de Vater, estenosis de la papila menor por Páncreas divisum, se produce hipertensión intraductal. Como consecuencia el jugo pancreático se extravasa en el parénquima glandular y así se desencadenaría la pancreatitis. En muchos pacientes existe el antecedente de transgresión alimentaria. En estos casos la hipertensión

intraductal es secundaria a la obstrucción y al aumento de jugo pancreático por la ingestión excesiva de alimentos.

**Alcoholismo.** El alcohol es un importante factor etiológico. Actúa mediante varios mecanismos:

1) Toxicidad. El alcohol o sus derivados tendrían toxicidad directa sobre las células pancreáticas. Sin embargo, no existe demostración experimental de este hecho.

2) Hipersecreción hormonal. El alcohol produce la siguiente secuencia de efectos: hipersecreción gástrica; liberación de secretina; hipersecreción pancreática; edema de la mucosa duodenal; obstrucción relativa de la ampolla de Vater; hipertensión intraductal; disrupción de canalículos; extravasación de enzimas al intersticio del parénquima glandular. Todas estas alteraciones llevan finalmente a la llamada “autodigestión pancreática”. En contra de la teoría hormonal está la ausencia de buenos resultados al aplicar las siguientes medidas antisecretoras: régimen 0, aspiración gástrica, cimetidina, bloqueadores H2, atropina o antagonistas de la secretina (glucagón, somatostatina).

3) Obstrucción canalicular y reflujo biliar. El alcohol produciría obstrucción a la excreción del jugo pancreático por edema de la ampolla de Vater. Por este motivo la bilis refluye al conducto pancreático. En contra de este argumento está la observación de desarrollo de pancreatitis en pacientes con desembocadura duodenal separada del colédoco y del Wirsung.

**Trauma del conducto de Wirsung.** Lesiones de los conductos pancreáticos producidas por diversos motivos (cirugía del páncreas, trauma abdominal, cirugía biliar, cirugía gastroduodenal), son capaces de provocar pancreatitis aguda.

**Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).** La inyección del medio de contraste en algunos casos produce ruptura de canalículos pancreáticos y

extravasación de enzimas y como consecuencia pancreatitis. Alrededor del 50% de las CPRE presentan elevación transitoria de amilasas y un 5% desarrolla pancreatitis edematosa leve. Es muy infrecuente la complicación de pancreatitis aguda grave.

**Otras causas:**

- ✓ Páncreas divisum.
- ✓ Ascariasis intracoledociana
- ✓ Páncreas anular
- ✓ Cáncer de páncreas
- ✓ Hipertiroidismo
- ✓ Drogas (estrógenos, furosemida, procainamida, opiáceos, histamina, anfetaminas)
- ✓ Deficiencias vitamínicas
- ✓ Bilis espesa (embarazo, nutrición parenteral total, litotripsia extracorpórea, ceftriaxona)
- ✓ Causa desconocida o pancreatitis idiopática
- ✓ Veneno de escorpión

**CUADRO CLÍNICO**

El examen de ingreso varía según la gravedad inicial de la pancreatitis y la existencia de enfermedades asociadas. El cuadro clínico de los pacientes con pancreatitis leve puede ser bastante benigno con mínima alteración de los parámetros vitales. Los pacientes con pancreatitis aguda grave tienen un estado general muy comprometido con trastornos cardiocirculatorios e importante disminución de la

volemia. No existe sintomatología ni signología exclusiva o patognomónica de pancreatitis aguda<sup>7</sup>. El síntoma más frecuente es el dolor, generalmente referido al epigastrio. Sin embargo, también puede presentarse en los hipocondrios, en el hemiabdomen superior o ser difuso en todo el abdomen. En algunos pacientes tiene irradiación hacia el dorso como dolor en faja. Es de iniciación brusca, de intensidad y duración muy variable. En ocasiones dura varias horas y aun días. Por su intensidad a veces se confunde con el dolor de la úlcera péptica perforada. En oportunidades se irradia a la región precordial como si fuera un infarto del miocardio. La intensidad puede aumentar con la posición supina y disminuir cuando el paciente se sienta o inclina hacia delante. La respuesta a la administración de analgésicos suele ser variable. Los vómitos son también frecuentes y a veces persistentes. Ceden espontáneamente o por colocación de sonda nasogástrica. En algunos pacientes las náuseas y arcadas no pasan con el vaciamiento gástrico. El hipo, en algunos casos bastante agotador, es provocado por distensión gástrica e irritación diafragmática. El compromiso respiratorio va desde una discreta taquipnea hasta dolor torácico de tipo pleurítico. En casos más graves hay distress respiratorio. En un 10 a 20% de los casos aparece derrame pleural, más frecuente al lado derecho. Con gran frecuencia el derrame pleural es secundario a edema retroperitoneal migrado al tórax. A veces se transforma en empiema pleural. En raras ocasiones, por ruptura del conducto de Wirsung, el jugo pancreático escapa hacia el tórax y se establece una fistula pancreato-pleural. Hay fiebre en los casos con complicaciones sépticas. Los pacientes hipotensos o en shock pueden tener temperatura bajo lo normal. La ictericia es por litiasis o edema del colédoco distal. Los pacientes con ictericia acentuada y fiebre importante pueden desarrollar al mismo tiempo pancreatitis y colangitis. La presencia de manchas azuladas en la región periumbilical o en los

flancos corresponde respectivamente a los signos de Cullen y Gray- Turner, en pacientes con pancreatitis muy graves. Son producidos por hemorragias del plano subcutáneo. Estos signos también se observan en los embarazos ectópicos. La distensión abdominal no es acentuada cuando el íleo es moderado. En casos más avanzados el abdomen está muy sensible y distendido con ausencia de ruidos intestinales. Ocasionalmente se encuentra signología de ascitis. No siempre hay concordancia entre la gravedad del paciente y la intensidad del cuadro semiológico. Se describen casos de grave compromiso del estado general con sensibilidad difusa de poca intensidad. El dolor a la compresión del ángulo costovertebral izquierdo o signo de Mayo-Robson no siempre está presente. El signo de Blumberg se encuentra en pacientes con pancreatitis aguda complicada. Es muy infrecuente constatar signos de tetania (Chvostek, Trousseau) y trastornos neurológicos como confusión, alucinaciones, delirio. El diagnóstico de pancreatitis aguda es muy probable cuando se examina un paciente con dolor abdominal intenso en el hemiabdomen superior, irradiado al dorso, acompañado de náuseas, deshidratación, shock y signos de irritación peritoneal. El diagnóstico se confirma con gran certeza mediante exámenes de laboratorio y procedimientos imagenológicos.

## **LABORATORIO**

**Amilasemia.** La amilasa es una enzima producida en el páncreas (45%), en las glándulas salivales, pulmones y trompas de Falopio. Generalmente la amilasemia se eleva de manera rápida en las primeras 24 horas y permanece elevada por 2 a 4 días. Su normalización tiene 2 significados: recuperación de una pancreatitis leve o destrucción total del páncreas por pancreatitis grave fulminante<sup>8</sup>. En la pancreatitis grave disminuye

después de algunos días, pero siempre se mantiene en valores sobre lo normal y aumenta nuevamente por reactivación de la pancreatitis. El grado de elevación de la amilasemia no refleja la gravedad de la pancreatitis. Es decir una amilasemia muy elevada puede estar presente en una pancreatitis leve. La amilasemia normal tampoco excluye el diagnóstico de pancreatitis aguda<sup>9</sup>. Este hecho es común en las pancreatitis agudas de los alcohólicos. Lo mismo sucede en las pancreatitis por hipertrigliceridemia al inhibirse la activación de la amilasa. Hay otras patologías con elevación de la amilasemia: úlcera péptica perforada, apendicitis, peritonitis, colecistitis aguda, colangitis, trombosis mesentérica, cáncer de páncreas, aneurisma disecante de aorta abdominal, embarazo ectópico complicado, operaciones recientes biliares y gastroduodenales, infarto del miocardio, neumonía, cáncer de mama, cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, quemaduras, TEC, litiasis salival, parotiditis, insuficiencia renal, cetoacidosis diabética y por uso de fármacos (opiáceos, corticoides, azatioprina, diuréticos, fenilbutazona). En general, la elevación de la amilasemia por estas causas es menos acentuada que en la pancreatitis aguda. Amilasuria. En la pancreatitis aguda la amilasuria tiene un comportamiento similar a la amilasemia. También se eleva en otras patologías como insuficiencia renal, úlcera perforada, quemaduras, etc.

**Lipasemia.** El nivel de lipasa sérica se eleva a 2 veces su valor normal durante la pancreatitis aguda y es de alta sensibilidad y especificidad (95%). Tiene la ventaja de permanecer más tiempo elevada y no aumenta cuando la hiperamilasemia es determinada por incremento de la amilasa salival. La Lipasemia debiera ser más ampliamente usada en la práctica clínica. Al igual que la amilasemia tiene algunas



desventajas: hay pancreatitis aguda con valores normales de Lipasemia y la magnitud de su elevación no se correlaciona con la gravedad de la pancreatitis<sup>10</sup>.

**Glicemia.** Habitualmente aumenta. La hiperglicemia elevada y mantenida sin el antecedente de diabetes previa es característica de la pancreatitis aguda grave.

**Calcemia.** La caída de la calcemia es leve a moderada. La hipocalcemia acentuada es excepcional.

**Proteína C reactiva (PCR).** Es una proteína sintetizada por el hepatocito. Actuaría ayudando en la detoxicación de tejidos dañados. Por este motivo está aumentada en procesos sépticos, en politraumatizados y en pancreatitis aguda necrótica. Su valor aumenta a las pocas horas de iniciada la necrosis pancreática. Por este motivo es más bien un indicador de gravedad de la pancreatitis. Un valor de PCR mayor de 120 mg/l en el 79 al 86% de los casos predice forma grave de pancreatitis aguda. Si la concentración es mayor de 200 mg/l indica gravedad con precisión del 90%. Son los pacientes que desarrollarán fallas orgánicas, especialmente respiratoria.

**Deshidrogenasa láctica (LDH).** La elevación de la LDH tiene el mismo significado que la elevación de la PCR. Otros indicadores de inflamación. Se han empleado la interleucina 6, elastasa, interleucina 8 y la beta 2 microglobulina. No tienen amplia difusión en la práctica clínica. La procalcitonina se ha usado como predictor de infección.

**Pruebas hepáticas.** Frecuentemente están alteradas en diferente magnitud. La elevación de la bilirrubinemia y fosfatasas alcalinas tiene baja sensibilidad para predecir pancreatitis biliar. La elevación de las transaminasas por sobre 3 veces su valor, tiene mayor valor predictivo de coledocolitiasis (sobre el 95%).

**Hemograma.** En un comienzo puede haber aumento del hematocrito por hemoconcentración secundaria a la deshidratación. Posteriormente, si hay complicaciones hemorrágicas el hematocrito y la hemoglobina disminuyen. Los glóbulos blancos frecuentemente se elevan desde un comienzo. Si hay compromiso séptico habrá mayor leucocitosis.

***Lavado peritoneal diagnóstico.*** En la actualidad no se emplea con frecuencia, porque habitualmente el diagnóstico de pancreatitis se hace con la clínica, exámenes de laboratorio e imagenología. Además es un procedimiento invasivo no exento de complicaciones. Algunos autores lo recomiendan para hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías que tienen semiología abdominal parecida como úlcera péptica perforada, peritonitis biliar, trombosis mesentérica.

## **DIAGNOSTICO RADIOLOGICO**

**Radiografía de tórax.** Visualiza las siguientes alteraciones: Ascenso del diafragma, especialmente al lado derecho –Imágenes de atelectasias– Derrame pleural uni o bilateral. El diagnóstico de pancreatitis aguda se confirma si se demuestra amilasas elevadas en el líquido pleural. Excepcionalmente el derrame pleural es consecuencia de una fistula pancreatopleural por ruptura del Wirsung y escape de jugo pancreático especialmente hacia el hemitórax izquierdo. En raras ocasiones aparece derrame pericárdico.

**Radiografía de abdomen simple.** En la actualidad es un examen poco usado porque la ultrasonografía y tomografía proporcionan mejores imágenes. Muestra las siguientes imágenes: Desplazamiento de la sombra colónica hacia abajo y la sombra

gástrica hacia arriba; Íleo parcial del duodeno; Asa yeyunal centinela; Distensión del colon por parcialidades.

**Ultrasonografía.** Es un examen de gran utilidad en el diagnóstico de la pancreatitis aguda por las siguientes características: Bajo costo; Demuestra patologías asociadas como la litiasis biliar; Es posible realizarlo en la cama del paciente todas las veces que sea necesario. Sin embargo, tiene algunas desventajas: Mala visualización del páncreas en pacientes muy obesos o con gran distensión abdominal por íleo paralítico; Dificultad para efectuarlo en pacientes con dolor importante. La ultrasonografía de alta resolución permite visualizar lo siguiente: alteraciones pancreáticas (aumento de volumen, aumento de ecogenicidad por necrosis o sangrado, disminución de ecogenicidad por edema); dilatación del Wirsung (ocasional); colecciones líquidas pancreáticas y peripancreáticas; colelitiasis; coledocolitiasis; dilatación intra o extrahepática de la vía biliar.

**Tomografía axial computada.** La TAC dinámica y la TAC helicoidal<sup>11</sup> son los mejores exámenes imagenológicos para diagnosticar las diversas alteraciones anatómicas propias de la pancreatitis. Se emplean cortes finos de 5 mm a nivel del páncreas más contraste oral y endovenoso. La visualización del estómago, duodeno y el estado de perfusión de la glándula dan muy buenas imágenes de edema pancreático, colecciones líquidas pancreáticas y peripancreáticas, áreas de necrosis, pseudoquistes y abscesos. El uso de medio de contraste yodado en inyección rápida ha sido motivo de controversia por un probable empeoramiento de la microcirculación pancreática<sup>12</sup>. Sin embargo, en estudios recientes no se constata el daño recién mencionado<sup>13</sup>. La tomografía dinámica tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 100%. Existe un elevado porcentaje de correlación entre las imágenes proporcionadas por la

TAC dinámica y los hallazgos quirúrgicos<sup>14</sup>. Para detectar infección la sensibilidad es menor (20 a 60%). La necrosis pancreática se visualiza en la tomografía dinámica como una o varias áreas no contrastadas de la glándula. La tomografía dinámica o helicoidal se solicita durante los primeros días de evolución de la pancreatitis aguda cuando se presentan las siguientes situaciones clínicas: Para descartar otras patologías con semiología similar a pancreatitis aguda; presencia de signos de gravedad tanto clínicos como de laboratorio; mala respuesta a las terapias iniciales de reanimación. Durante la evolución de la pancreatitis, idealmente se recomienda repetir la tomografía una vez a la semana. Los hallazgos proporcionados por este examen además de dar el diagnóstico permiten adoptar las diversas conductas terapéuticas disponibles en la actualidad<sup>15</sup>.

**Colangiopancreatografía RNM.** Este procedimiento seguramente será muy empleado en el futuro, porque por su alta resolución entrega muy buenas imágenes de la vía biliar y conducto pancreático. En la mayoría de los centros quirúrgicos es de empleo restringido por su alto costo y por ser de difícil ejecución en pacientes graves agitados con monitoreo invasivo.

## **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

La pancreatitis aguda en su inicio, en muchas oportunidades presenta un cuadro clínico semejante al de otras patologías. Entre ellas están: *Úlcera péptica* perforada. El dolor igualmente de gran intensidad es de comienzo más brusco y los vómitos no son tan profusos. Los pacientes tienen más signología de irritación peritoneal y la matidez hepática puede estar ausente. Las amilasas también se elevan. Los exámenes imagenológicos revelan aire subdiafragmático. *Colecistitis aguda*. Se diferencia de la pancreatitis aguda por existir dolor más localizado en hipocondrio derecho y la vesícula

biliar puede estar palpable. La amilasemia también puede estar elevada. La ultrasonografía muestra edema de la pared vesicular, vesícula distendida, litiasis vesicular y edema pancreático si coexisten las dos patologías. **Colangitis**. El diagnóstico diferencial está dado por la clínica: Dolor más localizado en el hipocondrio derecho, signología de un cuadro más séptico e ictericia más acentuada. El laboratorio también puede mostrar amilasas elevadas y las pruebas hepáticas son de tipo obstructivo. La ultrasonografía apoya el diagnóstico de colangitis al visualizar coledocolitiasis. Sin embargo, los pacientes con pancreatitis pueden tener cálculos en el colédoco y éstos son causa directa cuando están impactados en la ampolla de Vater. **Obstrucción intestinal**. La obstrucción intestinal alta en su inicio puede simular un cuadro de pancreatitis aguda por el dolor intenso, los vómitos y las amilasas elevadas. El diagnóstico diferencial se hace por el examen abdominal que constata ruidos intestinales aumentados en tonalidad y frecuencia. La radiografía de abdomen simple corrobora el diagnóstico al visualizar los signos típicos de asas de intestino delgado dilatadas y niveles hidroaéreos.

**Accidente vascular mesentérico**. El cuadro clínico inicial caracterizado por intenso dolor abdominal, distensión abdominal y elevación de amilasas, puede ser parecido a la pancreatitis aguda. El rápido deterioro de las condiciones generales y la presencia de deposiciones diarreicas con sangre orientan el diagnóstico hacia la trombosis mesentérica. **Infarto del miocardio**. Algunos tipos de infarto de localización más posterior y transmural simulan el cuadro clínico inicial de la pancreatitis. En estos casos hay náuseas, vómitos, dolor localizado más hacia el epigastrio y amilasas elevadas. El ECG y la positividad de las enzimas marcadoras de necrosis miocárdica son los parámetros que finalmente permiten el diagnóstico diferencial. **Cetoacidosis diabética**. En estos pacientes suele existir dolor abdominal y elevación de la

amilasemia. Los antecedentes de diabetes, la Lipasemia normal y la presencia de alteraciones de conciencia posibilitan diferenciar entre diabetes descompensada y pancreatitis

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

En la actualidad , la evidencia acumulada apoya la intervención quirúrgica en la pancreatitis aguda para cuatro indicaciones específicas: 1) diagnóstico incierto, 2) tratamiento de las infecciones pancreáticas secundarias, el desbridamiento quirúrgico para la necrosis pancreática estéril también se discute, 3) deterioro clínico progresivo a pesar del tratamiento de sostén óptimo, 4) corrección de la enfermedad del aparato biliar asociada. Esta última indicación es la que se discute en el presente trabajo. La pancreatitis por litiasis biliar es una indicación clara para realizar un procedimiento definitivo en el aparato biliar, destinado a reducir el riesgo de ataques recurrentes de pancreatitis. La mayoría de los pacientes con pancreatitis por litiasis biliar tienen enfermedad leve , la resolución clínica se produce rápidamente y la cirugía definitiva puede realizarse con seguridad de 3 a 5 días después de la presentación por técnica laparoscópica o a cielo abierto. La CPRE preoperatorio o la colangiografía intraoperatoria se usa para evaluar el árbol biliar cuando existe fuerte sospecha de cálculos en colédoco. Se recomienda la cirugía definitiva del aparato biliar durante la hospitalización inicial, después de la resolución de la pancreatitis. En los pacientes con pancreatitis grave que tienen una evolución prolongada y una mejoría gradual se beneficiarían con una demora en la cirugía programada para permitir la resolución de la inflamación pancreática y peri pancreática. En este grupo de pacientes un intervalo corto de hasta 4 semanas parece apropiado entre el alta del hospital y la reinternación

para la cirugía definitiva del aparato biliar. En la PA biliar grave, la colecistectomía precoz agrava la mortalidad, probablemente al favorecer la sobreinfección de la necrosis pancreática. La colecistectomía solo debe realizarse tras la cicatrización de las zonas de necrosis, una vez desaparecida la sintomatología clínica y el síndrome inflamatorio agudo, así como normalizada la TC de control. Sin embargo, diversos estudios prospectivos randomizados han confirmado que los pacientes con PA biliar grave presentan un beneficio evidente con la utilización de la CPRE y esfinterotomía endoscópica en las primeras 72 horas siguientes al ingreso, con una morbilidad (18%) y mortalidad (4%) inferiores, si se comparan con pacientes tratados de forma tradicional (morbilidad 61% y mortalidad 24%).

La Colecistectomía laparoscópica es segura en pacientes con resolución de cuadro de pancreatitis biliar (mortalidad 0%, lesión de vía biliar 0,7%). Además la operación temprana puede ser recomendada con seguridad en pacientes con pancreatitis leve, sin embargo en pacientes con criterios de Ranson mayor a tres la operación durante la primera semana siguiente a la admisión está asociada con un incremento en las complicaciones postoperatorias, en la tasa de conversión y estancia postoperatoria prolongada.<sup>8</sup>

## **2.3 DEFINICION DE TERMINOS**

**2.3.1. Pancreatitis aguda biliar :** La pancreatitis Aguda es una respuesta inflamatoria inespecífica del páncreas cuya etiología es litíásica. Se diagnostica con amilasa en las primeras 24 horas de tres veces por encima del valor normal. Se cataloga como pancreatitis leve o severa según los criterios de Ranson, APACHE II o imagenológica

(Balthazar). La pancreatitis leve se define como: < 3 criterios de Ranson, valor superior o igual a 8 en la escala de APACHE , Balthazar A, B, C, D y ausencia de necrosis.

**2.3.2 Colecistectomía precoz:** Extracción de la vesícula según técnica laparoscópica o a cielo abierto antes de los 7 días desde el inicio de los síntomas.

**2.3.3 Colecistectomía Tardía:** Extracción de la vesícula según técnica laparoscópica o a cielo abierto después de los 7 días desde el inicio de los síntomas.



## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO METODOLOGICO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDIO**

La investigación realizada se enmarca dentro del tipo de investigación descriptivo – comparativo, de casos mediante el cual se trata de evaluar las ventajas y desventajas de la colecistectomía precoz versus la tardía en los pacientes luego de episodio de pancreatitis aguda leve biliar. El diseño de investigación empleado es observacional, analítico, comparativo.

#### **3.2 AREA DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo en Lima-Perú, en la unidad de Archivos, donde se hallaron las historias clínicas en mención.

#### **3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

La población estuvo constituida por 46 pacientes que ingresaron al servicio de cirugía del Hospital Nacional dos de mayo en el periodo que comprende el estudio y que cumplían los siguientes criterios:

- Criterios de Inclusión:

- ✓ Paciente post colecistectomizado con técnica laparoscópica o a cielo abierto, tras episodio de pancreatitis aguda leve de origen biliar, con estudio de gravedad (laboratorial e imagenológico-TAC).
- Criterios de Exclusión :
  - ✓ Pacientes con cuadro de colangitis asociada.
  - ✓ Pacientes con cuadro de pancreatitis severa.
  - ✓ Pacientes con cuadro de pancreatitis de otra etiología.
  - ✓ Historia clínica incompleta o no ubicable.

### **3.4 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS**

Se recolectó las historias de pacientes ubicados en los libros de registro de pacientes de los servicios de medicina con Diagnóstico de pancreatitis leve q fueron transferidos a los servicios de cirugía. Posteriormente se revisó las historias y se seleccionó según criterios de inclusión y exclusión.

El trabajo está basado según la Declaración de Helsinki y aprobado por el Comité de Ética e Investigación Biomédica del Hospital Nacional Dos de Mayo.

### **3.5 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO**

Los análisis estadísticos empleados son descriptivos e inferenciales, en la parte descriptiva se hizo uso de tablas de frecuencia, gráficos y medidas estadísticas como la media y desviación estándar. En la parte inferencial, para comparar los diferentes datos que se obtiene a través del instrumento elaborado para los fines de la investigación,

también se ha usado la estadística Chi cuadrado. Todos los análisis fueron realizados en el programa estadístico SPSS para Windows versión 16.0. Para las tablas y gráficos se usó el programa Excel y Cristal Report para Windows 2007.

### **3.6 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES**

- **VARIABLES INDEPENDIENTES**

- PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

- COLECISTECTOMIA PRECOZ
- COLECISTECTOMIA TARDIA

- **VARIABLES INTERVINIENTES**

- TIPO DE COLECISTECTOMIA
- COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS
- COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS
- CONVERSION
- RECIDIVA
- ESTANCIA HOSPITALARIA
- MORTALIDAD

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 TABLAS GENERALES

**TABLA N° 01**

**EDAD DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE  
EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL  
NACIONAL DOS DE MAYO.**

**2006-2008**

En cuanto a la edad de los pacientes con pancreatitis aguda leve biliar encontramos que la media de la edad fue de 43,7 años, siendo la mínima de 18 años y la máxima de 82 años.

#### Estadísticas

EDAD		
N°	válidos	46
	pérdidos	0
Media		43.70
Mediana		43.00
Moda		39 <sup>a</sup>
Desviación Standar		15.654
Minimo		18
Maximo		82

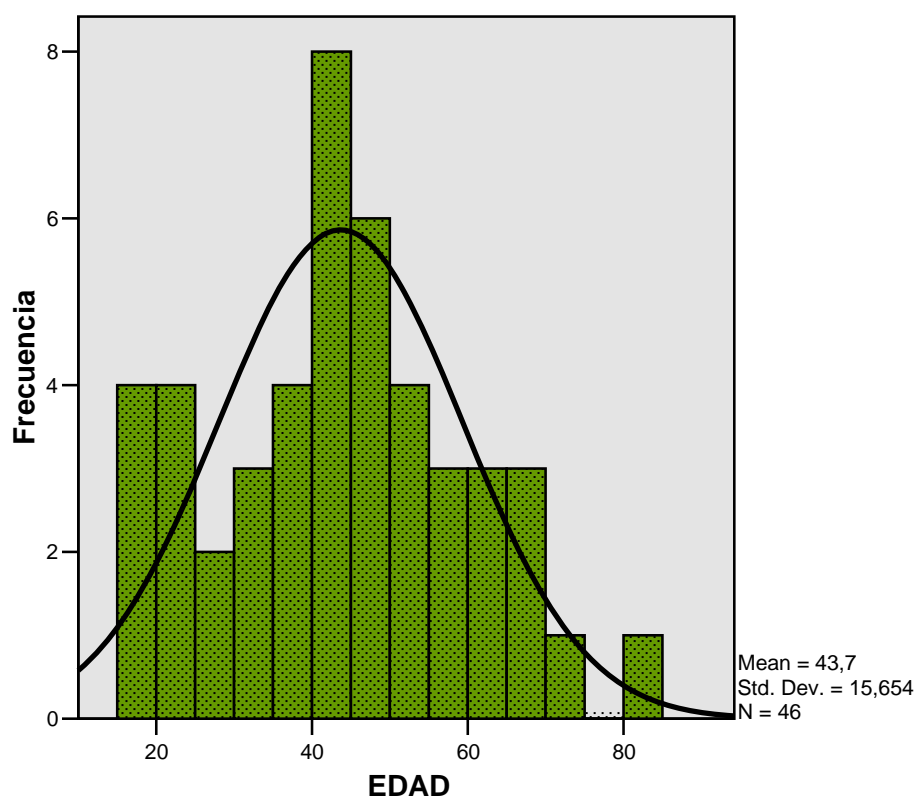
a. Existen múltiples modas. El valor más pequeño es el mostrado.

Fuente: Ficha de Recolección de datos

**GRAFICO N° 01**  
**EDAD DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE**  
**EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL**  
**NACIONAL DOS DE MAYO.**

**2006-2008**

**HISTOGRAMA DE EDAD**



Fuente: Ficha de Recolección de datos

**TABLA N° 02**

**SEXO DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE  
EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL  
NACIONAL DOS DE MAYO.**

**2006-2008**

En cuanto al sexo de los pacientes que presentaron pancreatitis aguda leve biliar encontramos que el 56,5% fueron del sexo femenino y el 43,5% fueron del sexo masculino.

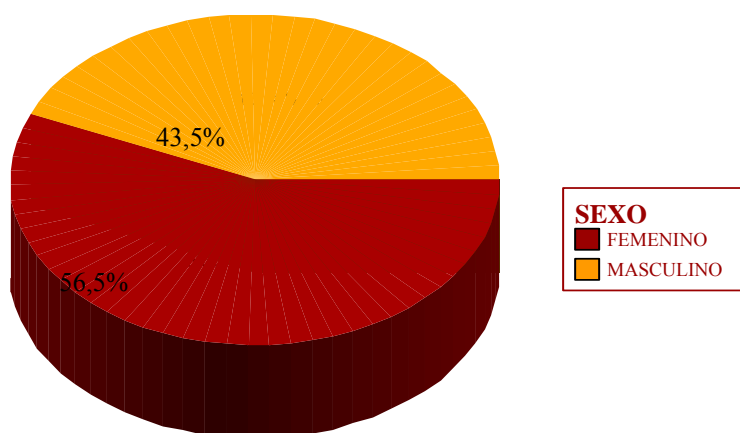
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	FEMENINO	26	56.5%
	MASCULINO	20	43.5%
Total		46	100.0%

*Fuente: Ficha de Recolección de datos*

**GRAFICO N° 02**

**SEXO DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE  
EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA BILIAR EN EL HOSPITAL  
NACIONAL DOS DE MAYO.**

**2006-2008**



*Fuente: Ficha de Recolección de datos*

**TABLA N° 03**

**ENFERMEDADES ASOCIADAS EN LOS PACIENTES  
COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS  
AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.**

**2006-2008**

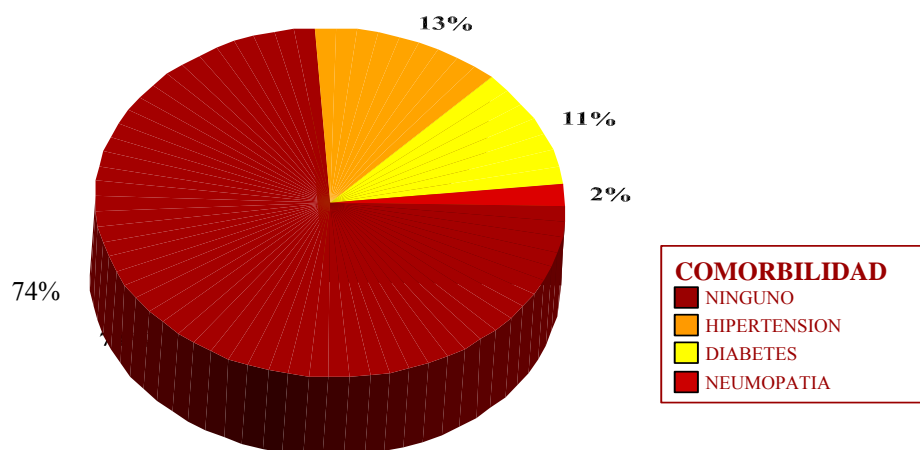
En cuanto a las enfermedades asociadas en los pacientes colecistectomizados encontramos una mayor frecuencia de Hipertensión arterial en un 13%, seguido de diabetes Mellitus en un 10,9% .También encontramos que el 73,9% no tuvo alguna enfermedad asociada.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMORBILIDAD	NINGUNO	34	73.9%
	HIPERTENSION	6	13.0%
	DIABETES	5	10.9%
	NEUMOPATIA	1	2.2%
Total		46	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

**GRAFICO N° 03**

**ENFERMEDADES ASOCIADAS EN LOS PACIENTES  
COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS  
AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-  
2008**



FUENTE: Fciha de Recolección de datos

**TABLA N° 04**

**ANTECEDENTE QUIRURGICO ABDOMINAL EN LOS PACIENTES  
COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS  
AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.**

**2006-2008**

En cuanto al antecedente quirúrgico abdominal en los pacientes con pancreatitis aguda leve biliar encontramos que el 21,7% si tuvo antecedente quirúrgico abdominal y el 78,3% no lo tuvo.

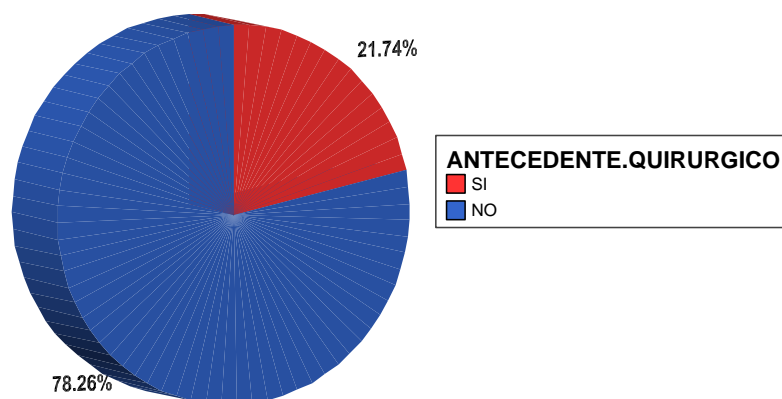
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANTECEDENTE.QUIRURGICO	SI	10	21.7%
	NO	36	78.3%
Total		46	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

**GRAFICO N° 04**

**ANTECEDENTE QUIRURGICO ABDOMINAL EN LOS PACIENTES  
COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS  
AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.**

**2006-2008**



Fuente: Ficha de Recolección de datos



**TABLA N° 05**

**ANTECEDENTE BILIAR Y NÚMERO DE EVENTOS EN LOS PACIENTES LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.**

**2006-2008**

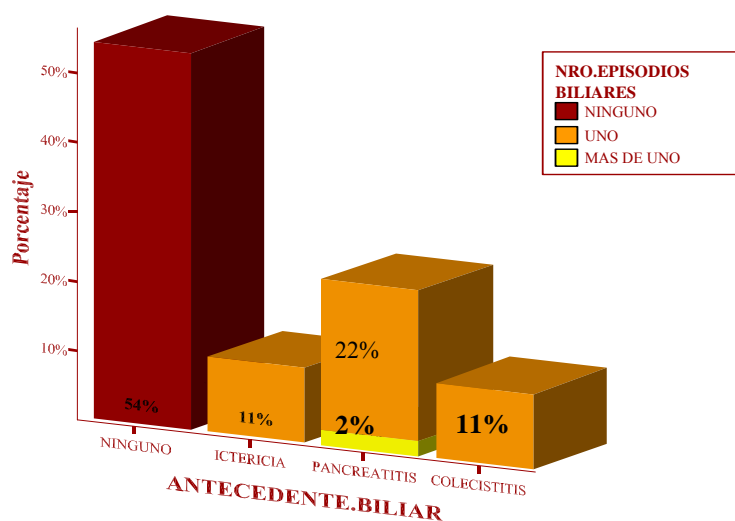
En cuanto al antecedente biliar en los pacientes con pancreatitis aguda leve biliar encontramos que la mayoría 54% no presentó ningún antecedente biliar y el 46% si lo tuvo, y de estos el más frecuente fue la pancreatitis con 24%, seguido de la colecistitis e ictericia con la misma frecuencia. Asimismo se observó más de un evento en los pacientes con pancreatitis.

		NRO.EPISODIOS.BILIARES						Total	
		NINGUNO		UNO		MAS DE UNO			
		f	%	f	%	f	%	f	%
ANTECEDENTE BILIAR	NINGUNO	25	100%	0	0%	0	0%	25	54%
	ICTERICIA	0	0%	5	25%	0	0%	5	11%
	PANCREATITIS	0	0%	10	50%	1	100%	11	24%
	COLECISTITIS	0	0%	5	25%	0	0%	5	11%

*Fuente: Ficha de Recolección de datos*

**GRAFICO N° 05**

**ANTECEDENTE BILIAR Y NÚMERO DE EVENTOS EN LOS PACIENTES LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.2006-2008**



*FUENTE: Ficha de Recolección de datos*

**TABLA N° 06**

**CRITERIO DE BALTHAZAR EN LOS PACIENTES  
COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS  
AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.  
2006-2008**

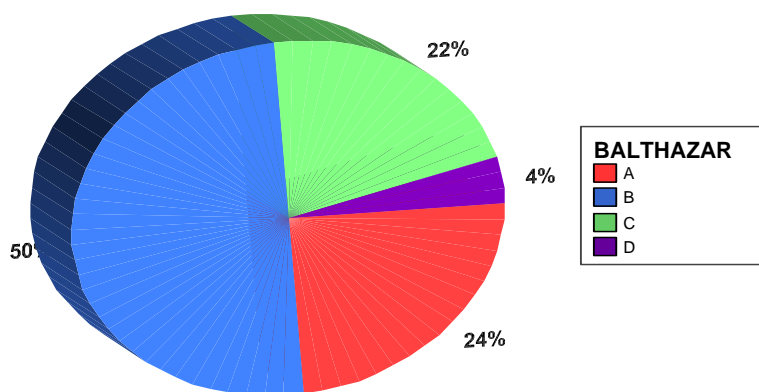
En cuanto a los criterios tomográficos de Balthazar en los pacientes con pancreatitis aguda leve biliar encontramos que el 50% tuvieron Balthazar B, el 23,9% Balthazar A.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
BALTHAZAR	A	11	23.9%
	B	23	50.0%
	C	10	21.7%
	D	2	4.3%
Total		46	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

**GRAFICO N° 06**

**CRITERIO DE BALTHAZAR EN LOS PACIENTES  
COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS  
AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.  
2006-2008**



Fuente: Ficha de Recolección de datos

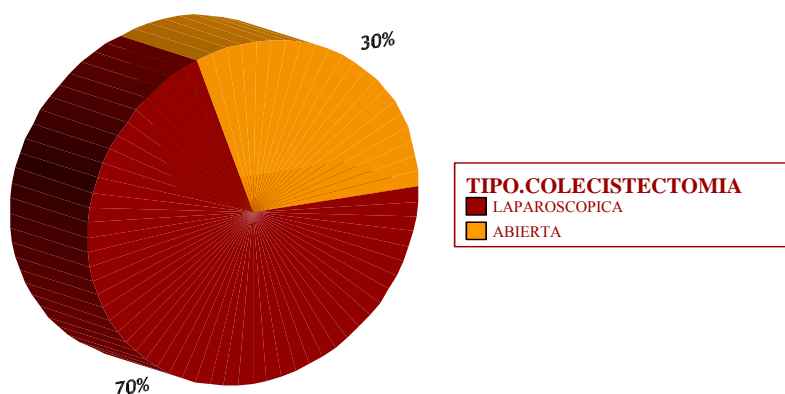
**TABLA N° 07**  
**TIPO DE COLECISTECTOMIA EN LOS PACIENTES**  
**COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS**  
**AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.**  
**2006-2008**

En cuanto al tipo de colecistectomía en los pacientes con pancreatitis aguda leve biliar encontramos que el 69,6% se les realizó colecistectomía laparoscópica y en el 30,4% se les realizó colecistectomía a cielo abierto.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIPO.COLECISTECTOMIA	LAPAROSCOPICA	32	69.6%
	ABIERTA	14	30.4%
Total		46	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

**GRAFICO N° 07**  
**TIPO DE COLECISTECTOMIA EN LOS PACIENTES**  
**COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS**  
**AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.**  
**2006-2008**



Fuente: Ficha de Recolección de datos

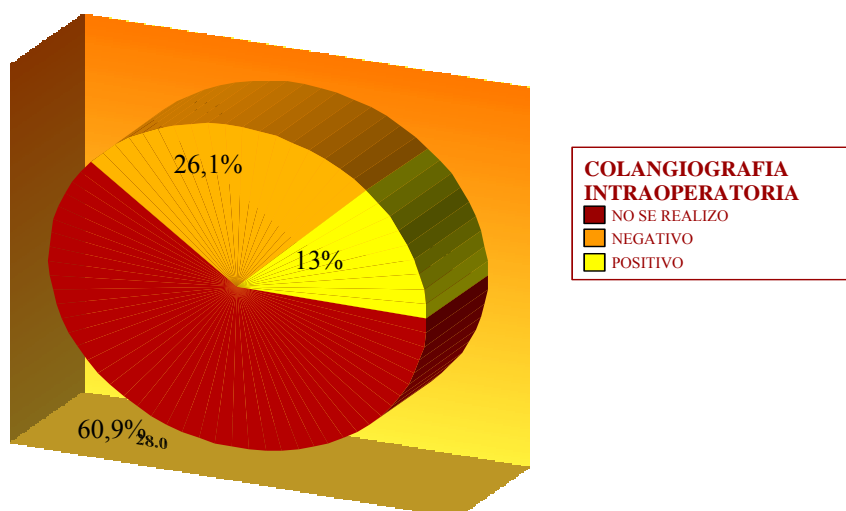
**TABLA N° 08**  
**COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA EN LOS PACIENTES**  
**COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS**  
**AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.**  
**2006-2008**

En cuanto a la colangiografía intraoperatoria en los pacientes con pancreatitis aguda leve biliar encontramos que en el 60,9% de los pacientes no se les realizó colangiografía, y en los que se les realizó; fue positiva en el 13%.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
COLANGIOGRAFIA. INTRAOPERATORIA	NO SE REALIZO	28	60.9%
	NEGATIVO	12	26.1%
	POSITIVO	6	13.0%
Total		46	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

**GRAFICO N° 08**  
**COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA EN LOS PACIENTES**  
**COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS**  
**AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.**  
**2006-2008**



Fuente: Ficha de Recolección de datos

## 4.2. TABLAS ESPECÍFICAS

**TABLA N° 09**  
**ESTADISTICOS DEL TIEMPO DE COLECISTECTOMIA EN LOS**  
**PACIENTES LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE**  
**BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.**  
**2006-2008**

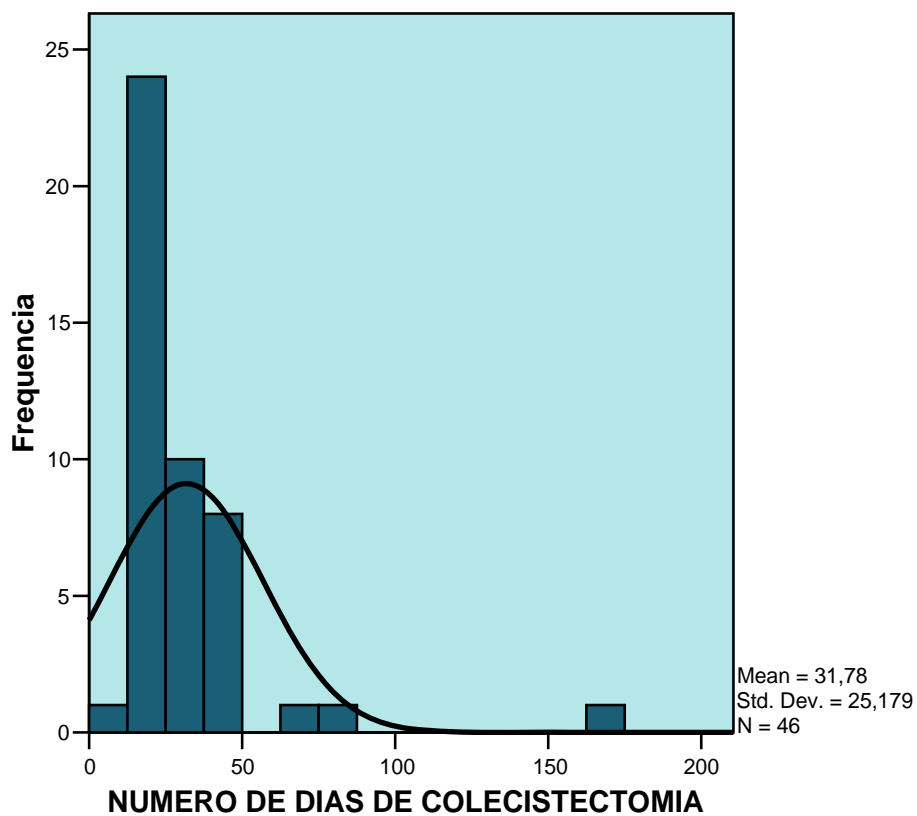
Según el tiempo de colecistectomía en los pacientes luego del episodio de pancreatitis se observó que la media fue de 31,78 días, siendo la máxima de 174 días y la mínima de 11 días. No se obtuvo ningún caso de paciente colecistectomizado tempranamente (< de 7 días).

ESTADISTICAS	
NRO.DIAS.COLECISTECTOMIA	
N	46
MEDIA	31.78
MEDIANA	24.00
MODA	23
DESVIACION ESTANDAR	25.179
MINIMO	11
MAXIMO	174

Fuente: Ficha de Recolección de datos

**GRAFICO N° 09**  
**ESTADISTICOS DEL TIEMPO DE COLECISTECTOMIA EN LOS**  
**PACIENTES LUEGO DE EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE**  
**BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.**  
**2006-2008**

**Histograma**



Fuente: Ficha de Recolección de datos

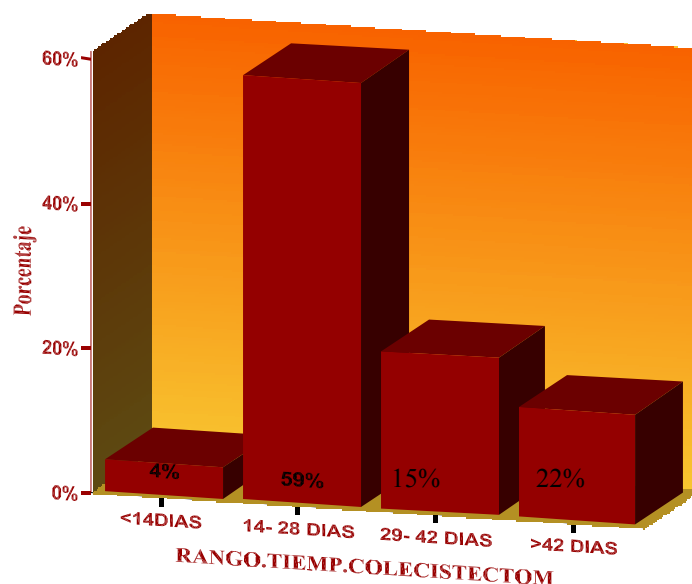
**TABLA N° 10**  
**TIEMPO DE COLECISTECTOMIA EN LOS PACIENTES LUEGO DE**  
**EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL**  
**NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-2008**

Dentro de los pacientes con antecedente de pancreatitis aguda leve biliar que fueron colecistectomizados tardíamente se agruparon dentro de determinados rangos, observándose un mayor porcentaje entre los 14 y 28 días con un 58,7%.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
RANGO DE TIEMPO DE COLECISTECTOMIA	<14 DIAS	2	4.3%
	14- 28 DIAS	27	58.7%
	29- 42 DIAS	10	21.7%
	>42 DIAS	7	15.2%
Total		46	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

**GRAFICO N° 10**  
**TIEMPO DE COLECISTECTOMIA EN LOS PACIENTES LUEGO DE**  
**EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL**  
**NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-2008**



FUENTE: Ficha de Recolección de datos

**TABLA N° 11**  
**MOTIVO DE COLECISTECTOMIA TARDÍA EN LOS PACIENTES LUEGO**  
**DEL EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL**  
**HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-2008**

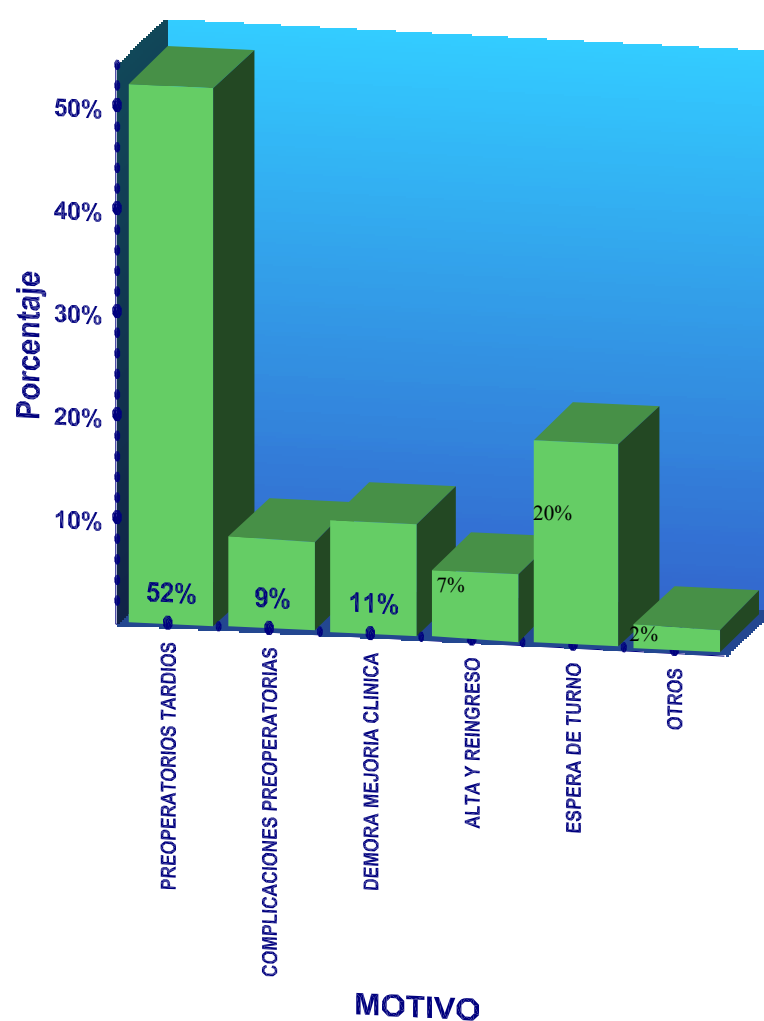
En cuanto al motivo de colecistectomía tardía en los pacientes con pancreatitis aguda leve biliar encontramos que en el 52,2% de pacientes el motivo fue que los preoperatorios fueron completados tardíamente, seguida de la espera en el turno operatorio con un 19,6%.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
MOTIVO	PREOPERATORIOS TARDIOS	24	52.2%
	COMPLICACIONES PREOPERATORIAS	4	8.7%
	DEMORA MEJORIA CLINICA	5	10.9%
	ALTA Y REINGRESO	3	6.5%
	ESPERA DE TURNO	9	19.6%
	OTROS	1	2.2%
	Total	46	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos



**GRAFICO N° 11**  
**MOTIVO DE COLECISTECTOMIA TARDÍA EN LOS PACIENTES LUEGO**  
**DEL EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL**  
**HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-2008**



*FUENTE: Ficha de Recolección de datos*

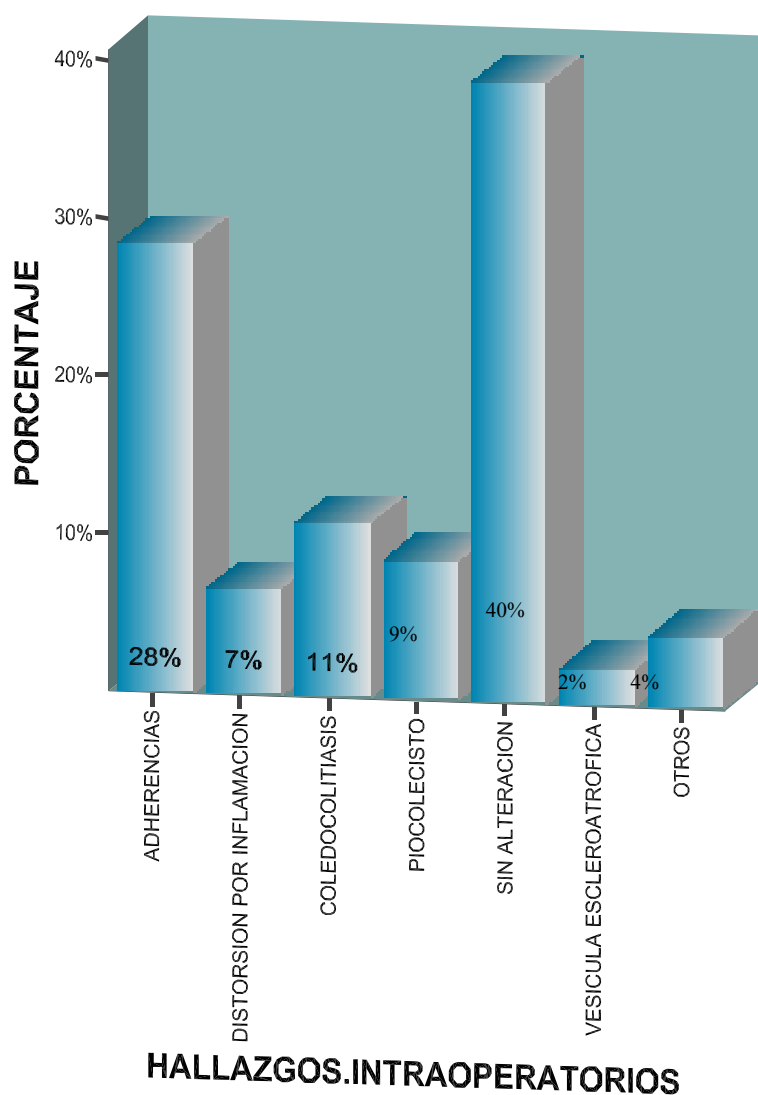
**TABLA N° 12**  
**HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS EN LOS PACIENTES LUEGO DEL**  
**EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL**  
**NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-2008**

En cuanto a los hallazgos intraoperatorios en los pacientes con pancreatitis aguda leve biliar encontramos que en el 28,3% hubo adherencias, y en el 10,9% hubo coledocolitiasis. No evidenciándose mayor alteración en un 39,1%.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
HALLAZGOS. INTRAOPERATORIOS	ADHERENCIAS	13	28.3%
	DISTORSION POR INFLAMACION	3	6.5%
	COLEDOCOLITIASIS	5	10.9%
	PIOCOLECISTO	4	8.7%
	SIN ALTERACION	18	39.1%
	VESICULA ESCLEROATROFICA	1	2.2%
	OTROS	2	4.3%
Total		46	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

**GRAFICO N° 12**  
**HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS EN LOS PACIENTES LUEGO DEL**  
**EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL**  
**NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-2008**



**FUENTE:** *Ficha de Recolección de datos*

**TABLA N° 13**  
**HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS SEGÚN TIEMPO DE**  
**COLECISTECTOMIA EN LOS PACIENTES LUEGO DEL EPISODIO DE**  
**PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS**  
**DE MAYO. 2006-2008**

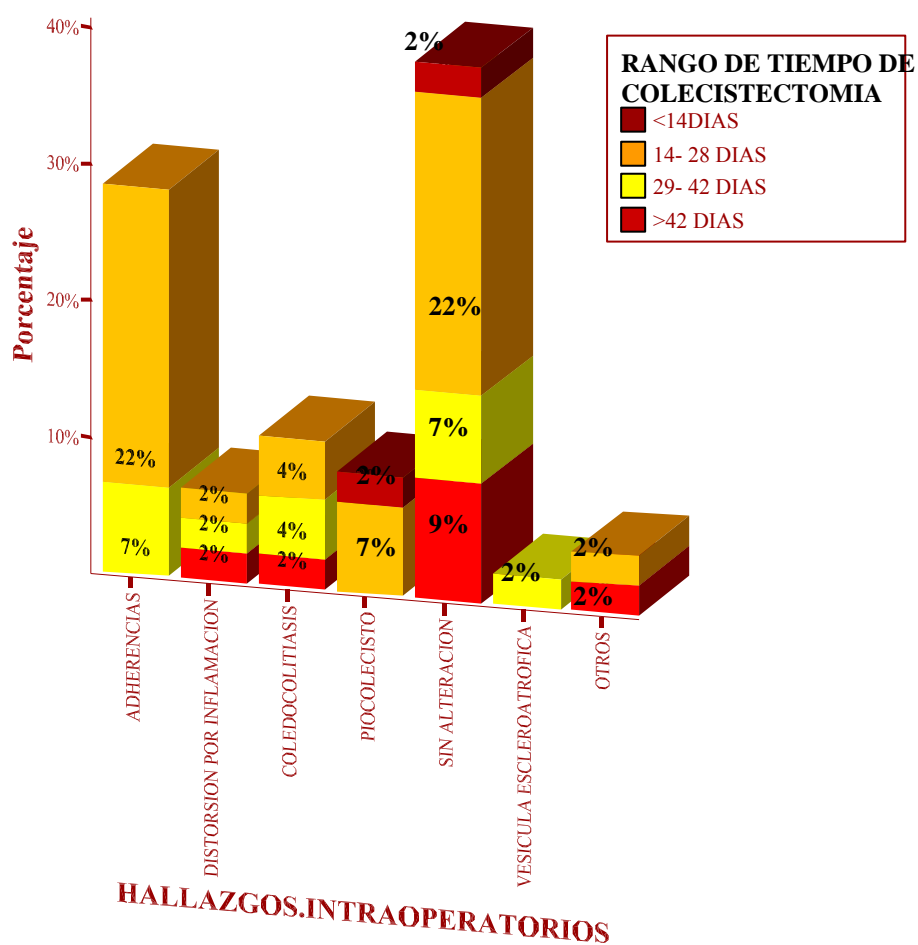
Se observa un mayor porcentaje de hallazgos durante el acto operatorio en los periodos comprendidos entre 14 y 28 días y entre el 29 y 42 días, con respecto al total de casos encontrados en dichos rangos; siendo en ambos casos el hallazgo más frecuente las adherencias.

		RANGO DE TIEMPO DE COLECISTECTOMIA								Total	
		<14DÍAS		14- 28 DÍAS		29- 42 DÍAS		>42 DÍAS		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS	ADHERENCIAS	0	0%	10	21.7%	3	6.5%	0	0%	13	28.3%
	DISTORSION POR INFLAMACION	0	0%	1	2.2%	1	2.2%	1	2.2%	3	6.5%
	COLEDOCOLITIASIS	0	0%	2	4.3%	2	4.3%	1	2.2%	5	10.9%
	PIOCOLECISTO	1	2.2%	3	6.5%	0	0%	0	0%	4	8.7%
	SIN ALTERACION	1	2.2%	10	21.7%	3	6.5%	4	8.7%	18	39.1%
	VESICULA ESCLEROATROFICA	0	0%	0	0%	1	2.2%	0	0%	1	2.2%
	OTROS	0	0%	1	2.2%	0	0%	1	2.2%	2	4.3%
Total		2	4.3%	27	58.7%	10	21.7%	7	15.2%	46	100.0%

*Fuente: Ficha de Recolección de datos*

$\chi^2$ : 18,144      p: 0,446    (p< 0,05)

**GRAFICO N° 13**  
**HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS SEGÚN TIEMPO DE**  
**COLECISTECTOMIA EN LOS PACIENTES LUEGO DEL EPISODIO DE**  
**PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS**  
**DE MAYO. 2006-2008**



*FUENTE: Ficha de Recolección de datos*

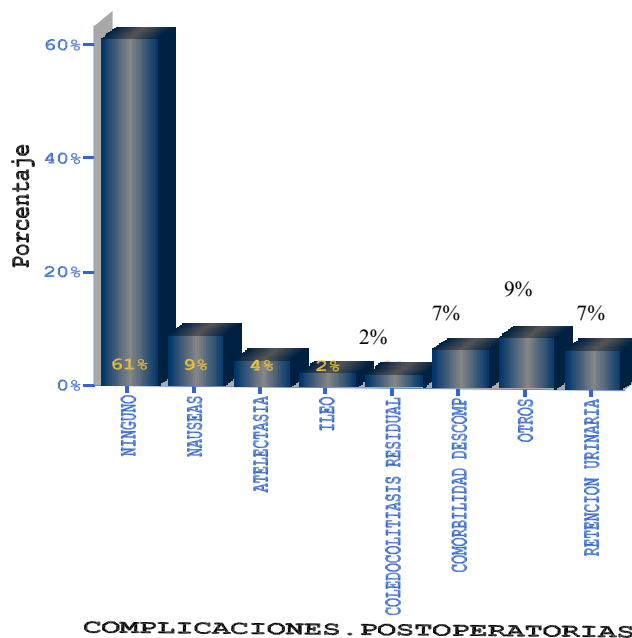
**TABLA N° 14**  
**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES LUEGO**  
**DEL EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL**  
**HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-2008**

En cuanto a las complicaciones postoperatorias en los pacientes con pancreatitis aguda leve biliar encontramos que en el 60,9% de los pacientes no hubo complicaciones. De las complicaciones observadas la más frecuentes con las náuseas con un 8,7%.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	NINGUNO	28	60.9%
	NAUSEAS	4	8.7%
	ATELECTASIA	2	4.3%
	ILEO	1	2.2%
	COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL	1	2.2%
	COMORBILIDAD DESCOMP	3	6.5%
	OTROS	4	8.7%
	RETENCION URINARIA	3	6.5%
Total		46	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

**GRAFICO N° 14**  
**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES LUEGO**  
**DEL EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL**  
**HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-2008**



FUENTE: Ficha de Recolección de datos

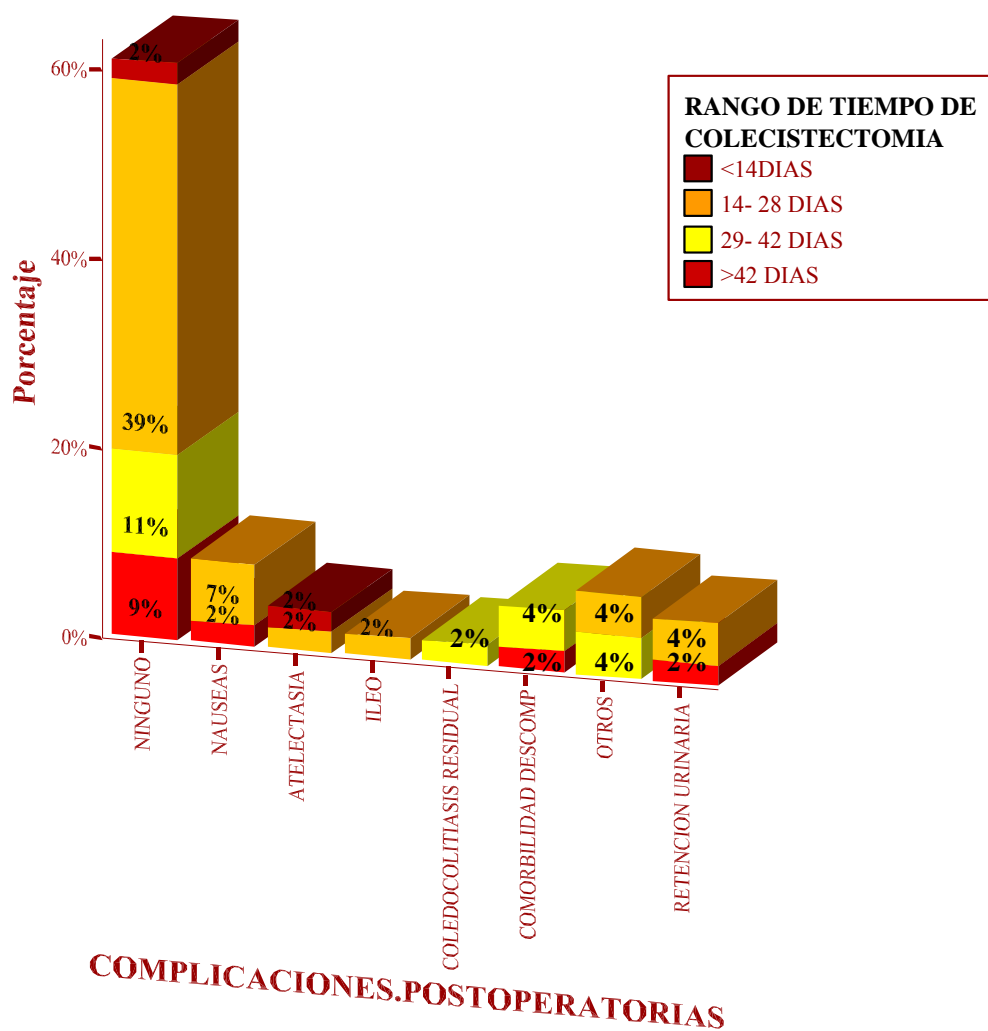
**TABLA N° 15**  
**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS SEGÚN EL TIEMPO DE**  
**COLECISTECTOMIA EN LOS PACIENTES LUEGO DEL EPISODIO DE**  
**PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS**  
**DE MAYO. 2006-2008**

Según este cuadro se observa la ausencia de complicaciones en mayor porcentaje en todos los grupos, siendo mayor en el grupo del rango entre 14 y 28 días, con un 39,1%.

	RANGO DE TIEMPO DE COLECISTECTOMIA								Total	
	<14DIAS		14- 28 DIAS		29- 42 DIAS		>42 DIAS		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
COMPLICACIONES NINGUNO	1	2.2%	18	39.1%	5	10.9%	4	8.7%	28	60.9%
POSTOPERATORIAS										
NAUSEAS	0	0%	3	6.5%	0	0%	1	2.2%	4	8.7%
ATELECTASIA	1	2.2%	1	2.2%	0	0%	0	0%	2	4.3%
ILEO	0	0%	1	2.2%	0	0%	0	0%	1	2.2%
COLEDOLITIASIS RESIDUAL	0	0%	0	0%	1	2.2%	0	0%	1	2.2%
COMORBILIDAD DESCOMPENSADA	0	0%	0	0%	2	4.3%	1	2.2%	3	6.5%
OTROS	0	0%	2	4.3%	2	4.3%	0	0%	4	8.7%
RETENCION URINARIA	0	0%	2	4.3%	0	0%	1	2.2%	3	6.5%
Total	2	4.3%	27	58.7%	10	21.7%	7	15.2%	46	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos  
 $\chi^2$ : 25,619    p: 0,221 (p<0,05)

**GRAFICO N° 15**  
**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS SEGÚN EL TIEMPO DE**  
**COLECISTECTOMIA EN LOS PACIENTES LUEGO DEL EPISODIO DE**  
**PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS**  
**DE MAYO. 2006-2008**



*FUENTE: Ficha de Recolección de datos*



**TABLA N° 16**

**CONVERSION EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA  
LAPAROSCOPICA LUEGO DEL EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA  
LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-2008**

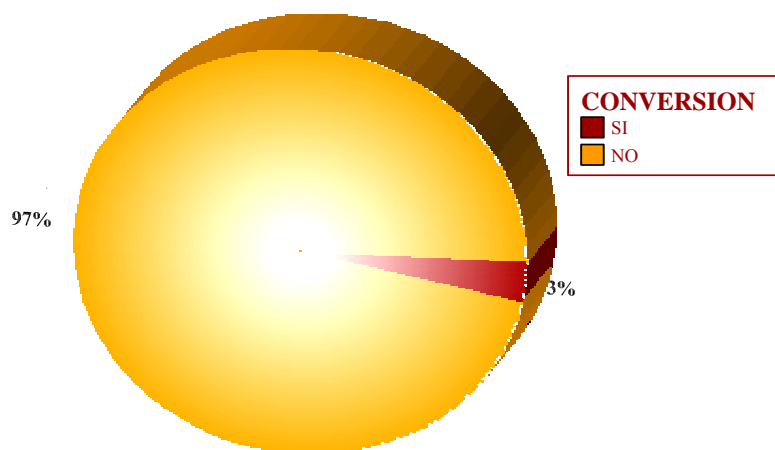
En relación a los pacientes a quienes se les realizó colecistectomía laparoscópica luego del episodio de pancreatitis aguda leve biliar encontramos que en el 96,8% de los pacientes no hubo conversión.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONVERSION	SI	1	3.2%
	NO	30	96.8%
Total		31	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

**GRAFICO N° 16**

**CONVERSION EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA  
LAPAROSCOPICA LUEGO DEL EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA  
LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-2008**



Fuente: Ficha de Recolección de datos

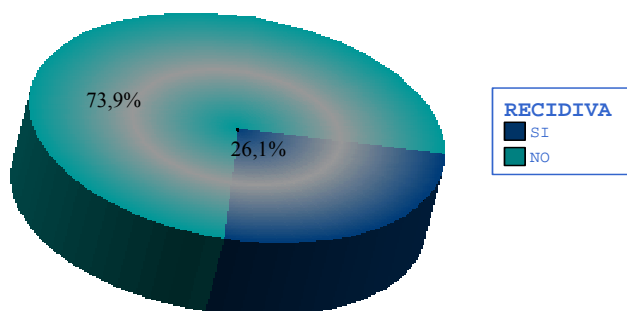
**TABLA N° 17**  
**ANTECEDENTE DE RECIDIVA EN LOS PACIENTES**  
**COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DEL EPISODIO DE PANCREATITIS**  
**AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-**  
**2008**

En cuanto a la recidiva de los pacientes con pancreatitis aguda leve biliar encontramos que en el 26,1% hubo recidiva.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
RECIDIVA	SI	12	26.1%
	NO	34	73.9%
Total		46	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

**GRAFICO N° 17**  
**ANTECEDENTE DE RECIDIVA EN LOS PACIENTES**  
**COLECISTECTOMIZADOS LUEGO DEL EPISODIO DE PANCREATITIS**  
**AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-**  
**2008**



FUENTE: Ficha de Recolección de datos

**TABLA N° 18**  
**ANTECEDENTE DE RECIDIVA SEGÚN TIEMPO DE COLECISTECTOMIA**  
**EN LOS PACIENTES LUEGO DEL EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA**  
**LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-2008**

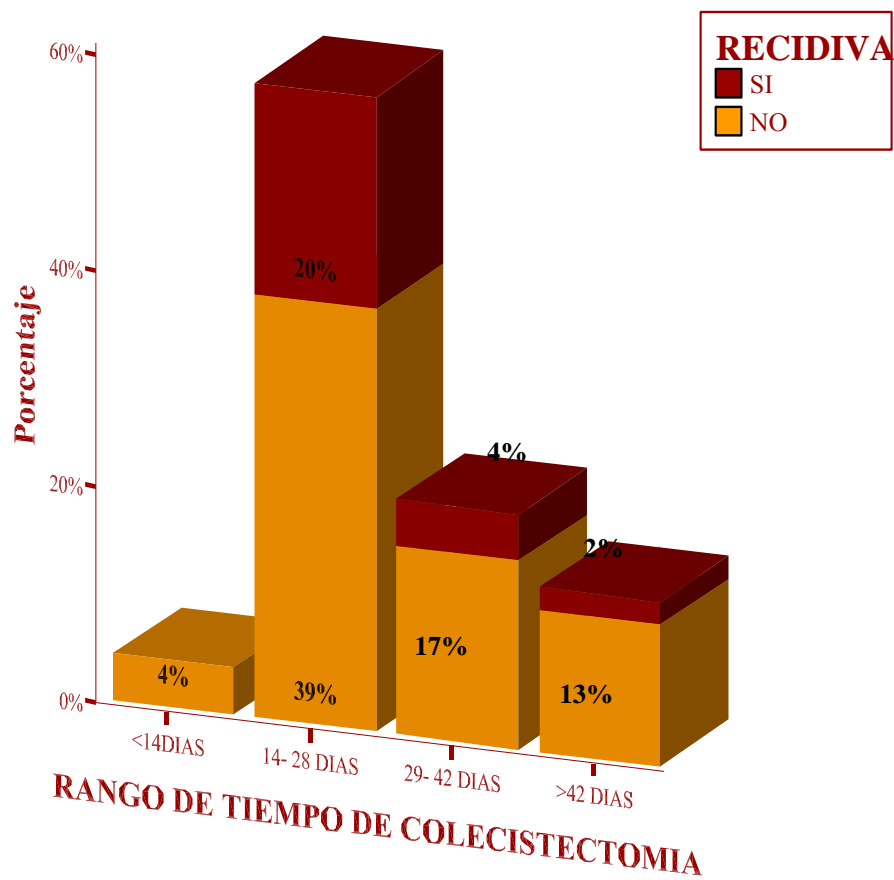
Se observa en este cuadro un mayor porcentaje de casos que presentaron recidiva en el grupo de 14 a 28 días, con un 19,6%, teniendo asimismo el mayor número de casos que no presentaron recidiva, observándose el mismo comportamiento en el resto de grupos.

		RECIDIVA				Total	
		SI		NO			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
RANGO DE TIEMPO DE COLECISTECTOMIA	<14DIAS	0	0%	2	4.3%	2	4.3%
	14- 28 DIAS	9	19.6%	18	39.1%	27	58.7%
	29- 42 DIAS	2	4.3%	8	17.4%	10	21.7%
	>42 DIAS	1	2.2%	6	13.0%	7	15.2%
Total		12	26.1%	34	73.9%	46	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de datos  
 $\chi^2$ : 2,139. p :0,544 (p<0,05)

**GRAFICO N° 18**

**ANTECEDENTE DE RECIDIVA SEGÚN TIEMPO DE COLECISTECTOMIA  
EN LOS PACIENTES LUEGO DEL EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA  
LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-2008**

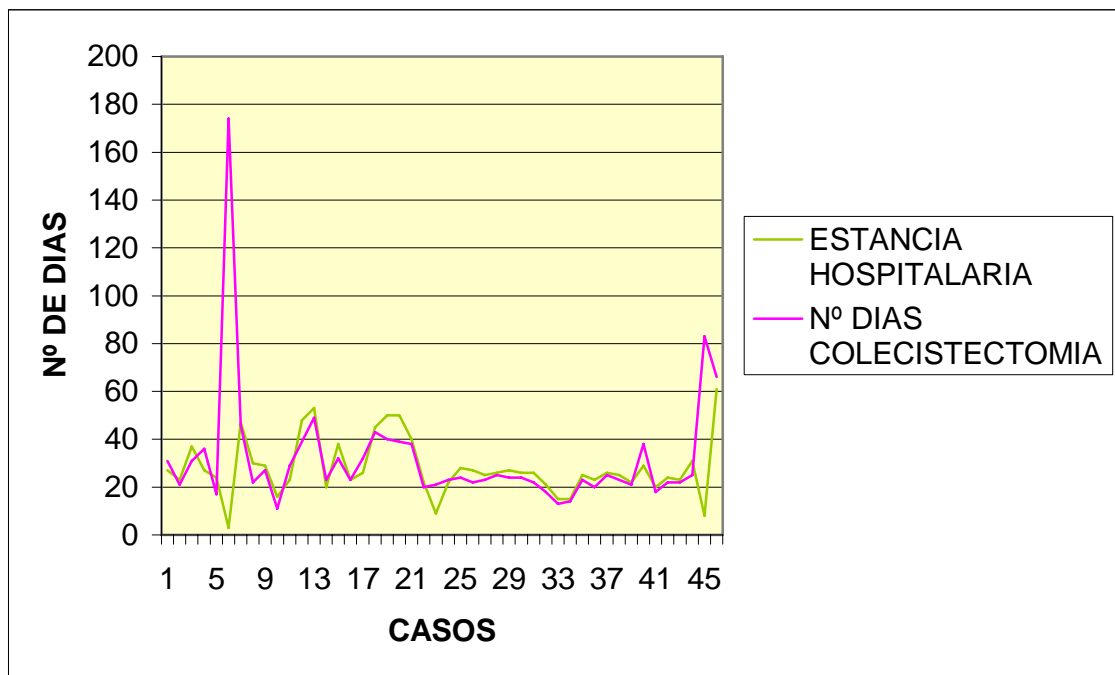


*FUENTE: Ficha de Recolección de datos*

### GRAFICO N° 19

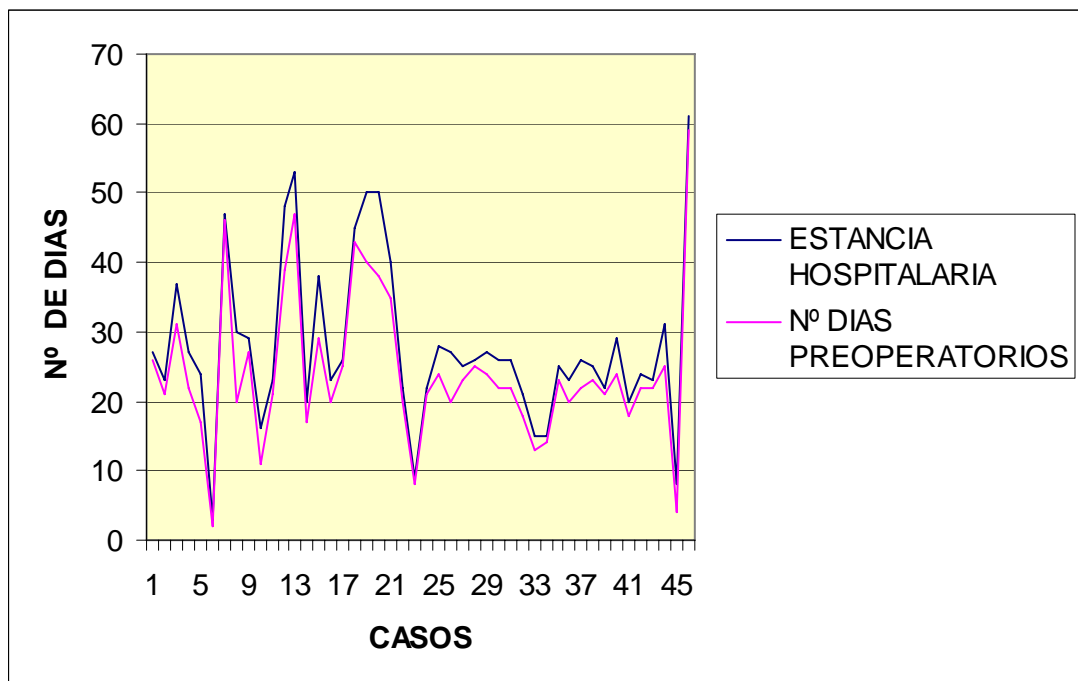
#### ESTANCIA HOSPITALARIA VERSUS TIEMPO DE COLECISTECTOMIA EN LOS PACIENTES LUEGO DEL EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. 2006-2008

Se observa la misma tendencia en las curvas de estancia hospitalaria y la del tiempo de colecistectomía, excepto en uno de los casos debido al alta tardía después del primer episodio y posterior reingreso para cirugía.



**GRAFICO N° 20**  
**ESTANCIA HOSPITALARIA VERSUS NÚMERO DE DIAS**  
**PREOPERATORIOS EN LOS PACIENTES LUEGO DEL EPISODIO DE**  
**PANCREATITIS AGUDA LEVE BILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS**  
**DE MAYO. 2006-2008**

Se aprecia en este gráfico que la tendencia de la curva de la estancia hospitalaria varía proporcionalmente a los días preoperatorios, debido que en la mayoría de los casos los días postoperatorios son cortos oscilando entre los 3 a 5 días.



## **CAPITULO V**

### **DISCUSION**

Aunque la litiasis biliar es la principal causa de pancreatitis aguda a nivel mundial solo del 1 al 8 % de los pacientes con litiasis biliar desarrollan esta enfermedad. La Pancreatitis Litiásica tiene una mortalidad del 10 al 25 %<sup>13</sup>. En nuestro estudio vemos que no hubo mortalidad en los pacientes colecistectomizados luego de episodio de pancreatitis biliar leve, dato que es muy discrepante con la literatura pues en ella toman en cuenta a todos los pacientes ya sea con pancreatitis biliar moderada y severa y en nuestro estudio se incluyeron a los pacientes con pancreatitis biliar leve.

En el 78 Acosta<sup>16</sup> planteó que los pacientes con el cálculo enclavado tendrían un desarrollo más grave según evidencias de estudios retrospectivos, siendo este tema controversial ya que Kelly-Oria<sup>3</sup> planteaban que la severidad estaría dada por la cantidad de enzimas activadas más que por el tiempo de enclavamiento calculoso. Recientemente Acosta<sup>16</sup> encontró que la duración de la obstrucción Ampular fue una determinante mayor de severidad de la lesión pancreática. Esto no implica que el curso pueda ser alterado siempre luego de la desobstrucción Ampular. Esta claro que luego de iniciada la pancreatitis aguda litiásica puede seguir un curso fulminante aún habiendo desobstruido la ampolla o luego de la migración espontánea calculosa.

Hoy en día se debe definir una pancreatitis aguda como leve o grave, según el cuadro clínico, los scores pronósticos, la dosificación de sustancias como indicadores de necrosis (PCR) y el uso de imagenología<sup>15</sup>. Entre los pacientes con evidencias claras de pancreatitis aproximadamente un 80% tiene una enfermedad leve. En este grupo a menudo puede efectuarse en forma segura una cirugía temprana<sup>4</sup>. Una vez que la pancreatitis se ha resuelto la recomendación actual es para la colecistectomía con colangiografía intraoperatoria. En nuestro estudio observamos que todos los pacientes con episodios de pancreatitis biliar leve son operados tardíamente, por muchos motivos entre los que se menciona con mayor frecuencia con un 52,2%, los preoperatorios completados tardíamente; seguidamente por la espera de turno operatorio con un 19,6%.

Actualmente todos los pacientes quienes tuvieron un episodio de pancreatitis biliar son evaluados para colecistectomía preferiblemente laparoscópica<sup>13</sup>. En nuestro estudio al 69,6% de los pacientes se les realizó colecistectomía laparoscópica y al 30,4% de los pacientes se les realizó colecistectomía a cielo abierto, no estando las razones de esta última consignadas en las historias clínicas, pero deduciéndose según los datos obtenidos en la ficha que un gran número de ellos tienen hallazgo de dilatación coledociana o ictericia.

Según Kaw<sup>7</sup> en el manejo inicial de pancreatitis leve biliar la ERCP mas Esfinterotomía podría ser considerada un mejor opción frente a la colecistectomía mas ERCP debido a que la recurrencia en el primer caso es muy rara, reservándose la colecistectomía en casos de colecistitis asociada a obstrucción del conducto cístico y no para prevenir la recurrencia de la pancreatitis biliar. En nuestro estudio se realizó la evaluación de la vía biliar con colangiografía intraoperatoria, sin embargo sólo se hizo a un 39,1%, encontrándose positivo en un 13% , en su totalidad correspondiendo a las



cirugías a cielo abierto. Las colecistectomías laparoscópicas son la mejor alternativa para el tratamiento de litiasis vesicular por lo tanto las pancreatitis leve de origen biliar deben de ser operados durante la misma admisión al hospital luego de remitido el cuadro clínico<sup>5</sup>. En este estudio el 93,5% se operaron durante la misma hospitalización, exceptuando un 6,5% que solicitaron su retiro voluntario y reingresaron posteriormente para la cirugía, de los cuales sólo un caso ingresó con recidiva del cuadro de pancreatitis.

Acosta<sup>17</sup> fue el primero en proponer la cirugía temprana en las 48 horas teniendo una mortalidad en su serie de 2,9 % comparándola con serie histórica de 16 %. Se le critica a esta serie la no diferenciación de gravedad de cada Pancreatitis. Stone<sup>2</sup> realizó colecistectomía en las 72 horas en el primer grupo con una mortalidad de 2,9 % y el segundo grupo fue operado a los 3 meses con una mortalidad de 6,8 %, siendo este el primer estudio randomizado. Kelly<sup>6</sup> condujo el primer estudio clínico prospectivo randomizado en 165 pacientes a los cuales se les realizó cirugía durante la internación ya sea antes de las primeras 48 horas como después de las 48 horas según criterios de severidad de Ranson, realizando colecistectomía indistintamente del grado de severidad. En pacientes con criterios de Ranson entre 0-3 la mortalidad de los dos grupos fue similar. En los pacientes con criterios de Ranson de 3 o más la mortalidad de la cirugía biliar temprana fue del 47,8% y la de la cirugía tardía fue del 11 %. Demostrando de forma científica que en las pancreatitis leves ( $\leq$ de 3 criterios de Ranson) la cirugía tiene la misma mortalidad dentro de primeras 48 horas como después, así como la cirugía debe posponerse hasta la resolución del cuadro en las pancreatitis severas. En nuestro estudio nos abocamos a los pacientes con pancreatitis biliar leve, y encontramos que no hubo mortalidad a pesar de que fueron operados tardíamente.

Schwesinger<sup>19</sup> comunica por su parte una incidencia de litiasis coledociana del 70% en pacientes operados en forma inmediata a la hospitalización, disminuye 20% en los operados al 4to día y alcanza una meseta del 14% en los operados a partir del 10mo día. En nuestro estudio se encontró positivo para coledocolitiasis en un 13% teniendo en cuenta que el total de pacientes fueron operados tardíamente (más allá del 7mo día).

W. Uhl<sup>18</sup> en Febrero del 2000 presentó un trabajo donde realizó indistintamente Colecistectomía Laparoscópica como a cielo abierto en pacientes portadores de pancreatitis aguda litíásica leve ( $\leq$  de 3 criterios de Ranson). Sin mortalidad en la serie, la media de intervención fue a los 8,6 días con un rango que osciló entre 2 a 19 días. Estos datos son discordantes al de nuestro estudio pues la media fue de 26,5 días, siendo la máxima de 47 días y la mínima de 2 días, debido a las razones antes mencionadas. Tomando en cuenta nuestros hallazgos analizamos las variables a considerar según determinados rangos de tiempo ; así en cuanto a los hallazgos intraoperatorios encontramos que un mayor porcentaje se encuentran entre los días 14 y 28 desde el inicio de los síntomas , siendo las adherencias los hallazgos más frecuentemente encontrados . Asimismo al analizar los rangos de tiempo de colecistectomía con los hallazgos positivos no se obtuvo diferencia significativa entre un menor tiempo de cirugía en relación a un mayor número de hallazgos.

La tasa de conversión es equivalente o hasta ligeramente más bajo para la colecistectomía temprana, así como la morbilidad. Similarmente la tasa de conversión fue mas bajo para la colecistectomía temprana en pacientes con cálculos en la vía biliar común. En nuestro caso no tuvimos pacientes a los que se les realizó la colecistectomía precoz, aún así la tasa de conversión fue del 3,2% , debiéndose a plastrón vesicular.

En los pacientes con pancreatitis biliar que no se haya resuelto la causa subyacente tienen un 50% de probabilidad de sufrir un nuevo ataque, de las cuales un 50% será en los primeros 6 meses del episodio inicial<sup>19</sup>. Ya que el índice de recidiva en el primer año según algunas series es del 33-66 %, lo cual generalmente se ve frecuentemente a las 6-8 semanas del primer ataque con la morbilidad que esto conlleva<sup>1</sup>. La Colectomía electiva ha sido muy recomendada para pacientes con pancreatitis biliar preferentemente después de que el episodio agudo se ha resuelto. La razón para la colectomía es la reducción en la frecuencia de pancreatitis recurrente en estos pacientes<sup>14</sup>. La permanencia de la vesícula calculosa se ha asociado con recurrencia de pancreatitis biliar en 50 a 90% de pacientes<sup>6</sup>. La falta de remoción de la vesícula calculosa dentro del año del ataque inicial permite episodios de recurrencia de pancreatitis por encima del 80% de pacientes<sup>9</sup>. Delorio<sup>10</sup> encontró mayor recurrencia en pacientes en quienes se retardó la cirugía en 30 días o más, él concluye que la colectomía laparoscópica puede ser seguramente realizada en muchos pacientes durante la admisión inicial de la pancreatitis biliar. Esta norma debería reducir el 30-50% el riesgo de pancreatitis recurrente asociado a una operación tardía. En nuestro estudio encontramos que la tasa de recidiva de los pacientes con pancreatitis aguda leve biliar fue del 26,1% dato inferior al reportado por la literatura, de los cuales sólo un paciente tuvo dos episodios antes del tratamiento quirúrgico, el cual se realizó luego de cinco meses del primer episodio. Al comparar la frecuencia de recidiva según los rangos de tiempo no encontramos significación estadística entre los tiempos más tardíos y un mayor número de recidivas.

La Colectomía laparoscópica es segura en pacientes con resolución de cuadro de pancreatitis biliar (mortalidad 0%, lesión de vía biliar 0,7%). Además la

operación temprana puede ser recomendada con seguridad en pacientes con pancreatitis leve, sin embargo en pacientes con criterios de Ranson mayor a tres la operación durante la primera semana siguiente a la admisión está asociada con un incremento en las complicaciones postoperatorias, en la tasa de conversión y estancia postoperatoria prolongada<sup>8</sup>. En nuestro estudio encontramos que los pacientes que fueron colecistectomizados por vía laparoscópica tuvieron menor índice de complicaciones en relación a los que fueron colecistectomizados a cielo abierto.

En un estudio hecho por Bismar<sup>11</sup> en 2003 observa que en la colecistectomía laparoscópica realizada después de 3-8 días de admisión, las complicaciones postoperatorias fueron náuseas, vómitos, atelectasias, neumonía, íleo prolongado, infección de herida. Asimismo el promedio de estancia hospitalaria fue de 2,4 días, además concluye que la colecistectomía laparoscópica podría ser segura en pancreatitis leve biliar después de la resolución clínica y bioquímica durante la misma admisión y con una aceptable tasa de morbi –mortalidad, reduciendo así la tasa de recurrencia, número de admisiones y estancia hospitalaria. En nuestro estudio obtuvimos que la tasa de complicaciones postoperatorias fue de 39,1% , siendo la complicación más frecuente las náuseas ; al realizar el análisis de los rangos de tiempo de colecistectomía y la frecuencia de complicaciones encontramos que en todos los grupos se evidencia similar tasa de complicaciones con un porcentaje ligeramente mayor entre los 14 a 28 días , sin embargo no fue significativamente estadístico. Asimismo en relación al comportamiento de la estancia hospitalaria es directamente proporcional al tiempo de colecistectomía , haciendo hincapié que la variabilidad radica en los días preoperatorios ya que los días postoperatorios oscilan entre 3 a 5 días , dependiendo principalmente del tipo de cirugía empleada.

Según Taylor en el 2004 no encontró diferencia significativa entre pacientes operados tras la resolución completa del dolor y la normalización de la amilasa y los pacientes operados tras la disminución del dolor y del valor de amilasa, las diferencias estuvieron en la estancia hospitalaria ; concluyendo que esta puede ser acortada sin ninguna variación en la tasa de complicaciones si los pacientes con pancreatitis leve biliar se someten a colecistectomía laparoscópica tan pronto como la amilasa en suero disminuye y el cuadro abdominal se mejora<sup>12</sup>. La mayoría de los pacientes con pancreatitis por litiasis biliar tienen enfermedad leve y la resolución clínica se produce rápidamente, entonces la cirugía definitiva puede realizarse con facilidad 3 a 5 días después de la presentación por técnica laparoscópica<sup>13</sup>. En nuestro estudio los datos obtenidos son muy similares a estos antes mencionados, no se encontró diferencia entre los rangos de tiempo de colecistectomía establecidos en relación a hallazgos intraoperatorios, tasa de mortalidad , tasa de recidiva , riesgo de conversión y complicaciones postoperatorias , sin embargo si hubo obvias diferencias en el caso de estancia hospitalaria.

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1 CONCLUSIONES**

- A todos los pacientes que presentaron pancreatitis leve biliar se les realizó la colecistectomía tardíamente, siendo el principal motivo la demora en la preparación prequirúrgica y la espera en el turno operatorio.
- No existe diferencia significativa entre el tiempo de colecistectomía y la presencia de un mayor número de hallazgos intraoperatorios. No siendo motivo de conversión la presencia del hallazgo más frecuentemente encontrado : adherencias inflamatorias en los pacientes luego del episodio de pancreatitis aguda leve biliar.
- Se observa similar tasa de complicaciones postoperatorias entre los rangos de colecistectomía establecidos , encontrándose una tasa de complicaciones de 39,1%. No se encontró diferencia significativa entre el tiempo de colecistectomía y un mayor número de complicaciones postoperatorias.
- La estancia hospitalaria tiene un comportamiento paralelo al tiempo de colecistectomía , debiéndose dicha tendencia a los días preoperatorios

prolongados por los motivos antes mencionados, de esta manera aumenta los costos hospitalarios .

- No hubo mortalidad en la serie estudiada.
- La tasa de recidiva fue del 26.1%. Observándose a partir de los 14 días , no encontrándose significancia estadística entre el tiempo de colecistectomía y un menor número de recidivas .
- En nuestro estudio no fue posible encontrar un tiempo precoz de colecistectomía según el tiempo establecido por algunos estudios , sin embargo obtuvo resultados similares con respecto a hallazgos intraoperatorios, tasa de mortalidad , riesgo de conversión , complicaciones postoperatorias y estancia hospitalaria. Por otro lado no se encontró diferencia entre el tiempo de la cirugía definitiva y la frecuencia de recidiva , en contraparte con los estudios previos , en los cuales determinan que a mayor tiempo en la demora de la cirugía definitiva mayor riesgo de recidiva.

## **6.2 LIMITACIONES**

- Deficiente sistema de registro en los servicios de archivos y en los respectivos servicios de medicina y cirugía del hospital.
- La dificultad para acceder a investigaciones sobre el tema en nuestro medio, por la poca presencia de trabajos como el de esta investigación.
- La idiosincrasia y los bajos recursos económicos de los pacientes que dificultan su manejo integral y el consecuente tratamiento definitivo, puesto que muchos de ellos entran en el grupo de casos perdidos en relación a la falta de continuidad tras el primer episodio de pancreatitis.

- La falta de protocolos de manejo integral de los pacientes con esta patología que permitan un tratamiento quirúrgico precoz evitando así el aumento en los costos hospitalarios y complicaciones futuras.

### **6.3 RECOMENDACIONES**

- Desarrollar una investigación prospectiva más amplia, aplicando un instrumento donde se consigne más variables.
- Difundir los resultados obtenidos en relación a la colecistectomía tardía en los pacientes con pancreatitis biliar leve.
- Desarrollar una investigación, que pueda relacionar los resultados obtenidos sobre la colecistectomía en pacientes con pancreatitis biliar leve en los demás hospitales de nuestro medio, sobre todo en los hospitales donde se realizan procedimientos de cirugía mínimamente invasiva.
- Fomentar la propuesta de protocolos de manejo quirúrgico de los pacientes luego del episodio de pancreatitis aguda leve de etiología biliar, con la finalidad de equiparar el manejo inicial y seguimiento de estos pacientes.
- Establecer un sistema de registro sistematizado en los archivos de historias clínicas con el propósito de acelerar y desarrollar otros estudios relacionados al tema.
- Coordinar con los servicios de medicina y gastroenterología para concientizar a los pacientes en la necesidad del tratamiento definitivo durante la misma hospitalización, así como coordinar el apoyo por servicio social debido a los escasos recursos económicos de nuestra población.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Howard JM. Gallstone pancreatitis. En: Howard JM. Howard JM, Jordan GL, Reber HA. Surgical diseases of the pancreas. Philadelphia; 1987; 265-83.
- 2) Stone HH, Fabian TC, Dunlop WE. Gallstone pancreatitis: biliary tract pathology in relation to time of operation. Ann Surg 1981; 194:305-12.
- 3) Kelly TR, Wagner DS. Gallstone pancreatitis: a prospective randomized trial of the timing of surgery. Surgery 1988; 104:600-5.
- 4) Michael Zinder. Maingot: Operaciones Abdominales. 10ma ed. Editorial Panamericana. 1998
- 5) Ranson JHC. The timing of biliary surgery in acute pancreatitis. Ann Surg 1979; 189:654-62.
- 6) Kelly TR, Swaney PE. Gallstone pancreatitis. The second time around. Surgery 1987; 92:571-5.
- 7) M Kaw, Y Al-Antably, P Kaw Gallstone pancreatitis: cholecystectomy or ERCP and endoscopic sphincterotomy. Gastrointest. Endosc.2002;56(1): 61-5
- 8) Tang E., Stain SC., Tang G., Froes I., Berne TV. Timing of laparoscopic surgery in gallstone pancreatitis. Arch Surg. 1995; 130:496-500.
- 9) Paloyan D, Simonowitz D, Skinner DB. The timing of biliary tract operations in patients with pancreatitis associated with gallstones. Surg Gynecol Obstet 1975; 141:737-9.
- 10) Delorio, AV, Jr, Vitale, GC, Reynolds, M, Larson, GM. Acute biliary pancreatitis. The roles of laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Surg Endosc.1995; 9(4):392-6.
- 11) Bismar HA, Al- Salamah SM. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in acute biliary pancreatitis. Saudi Med Journal. 2003; 24(6):660-4.
- 12) Taylor E, Wong C. The optimal timing of laparoscopic cholecystectomy in mild gallstone pancreatitis. Am Surg. 2004; 70(11):971-5.
- 13) Jon D. Vogel, Charles J. Yeo. Pancreatitis Aguda. En: George D. Zuidema. Shackelford: Cirugía del Aparato Digestivo. 5ta ed. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 2005. 10-28.

- 14) William Steinberg, Scott Tenner. Acute Pancreatitis. N Engl. J Med 1994; 330(17):1198-1210.
- 15) Gerard M. Doherty, MD, Lawrence W. Way, MD. Pancreas. En: Gerard M. Doherty, MD, Lawrence W. Way, MD. Current: surgical Diagnosis&Treatment. 12 ed. Editorial McGraw Hill. EEUU. 2006: 602-628.
- 16) Acosta JM., Ledesma CL., Gallstone migration or a cause of acute pancreatitis. N Engl. J Med. 1974; 290:484-7.
- 17) Acosta JM. Rossi R., Galli DM. Early Surgery for acute gallstone pancreatitis evaluation of a systemic approach. Surgery. 1978; 83:367-71.
- 18) W. Uhl, C. A. Müller, L. Krähenbühl, S.W. Schmid, St. Schölzel, M. W. Böhler: Acute gallstone pancreatitis: timing of laparoscopic cholecystectomy in mild and severe disease. Surg Endosc. 1999; 13(11): 1070.
- 19) Pellegrin CA. Surgery for gallstone pancreatitis. Am J Surg. 1993; 165:515-18.
- 20) Schweringer WH., Page CP., Swinek RA et al. Biliary pancreatitis. Arch Surg. 1991; 126: 836-9.

# ANEXOS

## ANEXO A:

### FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código:.....  
Edad:.....

Historia Clínica:.....  
Sexo:.....

#### PATOLOGIA ASOCIADA:

##### - Enfermedades asociadas (comorbilidad):

- ✓ HTA ( )
- ✓ Diabetes Mellitus ( )
- ✓ Cardiopatía ( )
- ✓ Neumopatías ( )
- ✓ Ninguno( )
- ✓ otros( )

##### - Antecedentes quirúrgicos abdominal:

- ✓ SI ( )
- ✓ NO ( ) Especificar: .....

##### -Antecedentes biliares:

- ✓ Ictericia ( )
- ✓ Pancreatitis ( ) N° de episodios:.....
- ✓ Colecistitis aguda( )
- ✓ ninguno( )
- ✓ otros( )

#### ENFERMEDAD ACTUAL:

- ✓ Tiempo de enfermedad: ..... DX: Amilasa: .....Lipasa.....
- ✓ Fiebre: SI ( ) NO ( )
- ✓ Nauseas: SI ( ) NO( )
- ✓ Ictericia SI( ) NO( )

#### GRAVEDAD:

-RANSON:.....

Leucocitos:.....DHL:.....TGO:.....Glucosa:.....

-APACHE: .....

-TOMOGRFIA (Baltazhar):.....

#### ETIOLOGIA:

Ecografía:

- ✓ Diámetro de colédoco:.....
- ✓ Barro biliar: SI ( ) NO ( )
- ✓ Páncreas edematoso: SI ( ) NO ( )
- ✓ Colección en páncreas: SI ( ) NO ( )

#### CIRUGIA:

Colecistectomía: ABIERTA ( ) LAPAROSCOPICA ( )

- ✓ Precoz ( )

- ✓ Tardía ( ) Tiempo de Colecistectomía: .....

Motivo: preoperatorios completos tardíamente ( )

Complicaciones preoperatorios ( )

Demora en la mejoría clínica ( )

Alta y reingreso para cirugía ( )

Otros ( )

Reprogramación: SI ( ) NO ( )

Hallazgos intraoperatorios:

✓ Adherencias ( )

✓ Anatomía distorsionada por proceso inflamatorio ( )

✓ Coledocolitiasis ( )

✓ Piocolecisto ( )

✓ Vesícula escleroatrófica ( )

✓ Sin alteraciones ( )

✓ Otros: ( ) Especificar:.....

✓ Colangiografía intraoperatoria: SI ( ) NO ( )

Hallazgos:.....

✓ Conversión: SI ( ) NO ( ) Motivo: .....

### **POSTOPERATORIO:**

✓ Náuseas -vómitos ( )

✓ Atelectasia ( )

✓ Íleo prolongado ( )

✓ Neumonía ( )

✓ Infección de herida operatoria ( )

✓ Comorbilidad descompensada ( )

✓ Retención urinaria aguda ( )

✓ Coledocolitiasis residual ( )

✓ Ninguno( )

✓ Otros( )

✓ Especificar:.....

✓ Reoperación: SI ( ) NO ( )

✓ Motivo:.....

✓ Estancia hospitalaria:.....días

✓ N° días preoperatorios:.....

✓ N° días postoperatorios:.....

✓ Condición de salida: Curado ( ) Fallecido ( )

## ANEXO B: ESTADÍSTICAS

### HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS SEGÚN TIEMPO DE COLECISTECTOMIA

Test de chi cuadrado

	Valor	gl	Sig asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	18.144	18	.446
Razón de verosimilitudes	19.416	18	.367
Asociación lineal por lineal	1.038	1	.308
Nº de casos válidos	46		

### COMPLICACIONES POSTOPERATORIOS SEGÚN TIEMPO DE COLECISTECTOMIA

Test de Chi cuadrado

	valor	gl	Sig asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	25.619	21	.221
Razón de verosimilitudes	22.373	21	.378
Asociación lineal por lineal	1.430	1	.232
N de casos válidos	46		

### RECIDIVA SEGÚN TIEMPO DE COLECISTECTOMIA

Test de Chi cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	2.139	3	.544
Razón de similitudes	2.683	3	.443
Asociación lineal por lineal	.521	1	.471
N de casos válidos	46		

